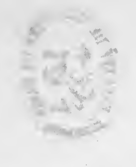


L'UNION MÉDICALE



Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur EUGÈNE ROCHARD,

Chirurgien des hôpitaux

TROISIÈME SÉRIE

TOME CINQUANTE-SEPTIÈME

PARIS,

OCTAVE DOIN, EDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON

ANNÉE 1894

Sommaire

HYGIÈNE

—

L'alcoolisme et les Sociétés de tempérance

Le premier Congrès des Sociétés françaises de tempérance de la Croix bleue s'est terminé le 5 janvier, par une série de conférences qui ont eu lieu dans les différents quartiers de Paris. Dans l'une d'elles, M. Léon Say a prononcé, devant un nombreux auditoire, un discours qui a été très applaudi et qui méritait assurément de l'être ; il y a cependant, dans son exposé des principes, des points très contestables et qui appellent impérieusement la discussion.

Les opinions de l'éminent économiste ont trop de poids pour qu'on les laisse passer sans les combattre lorsqu'on ne les partage pas. Ce devoir s'impose surtout au moment où le Sénat va être appelé à discuter la loi sur l'impôt des boissons, qui lui a été léguée par la dernière Chambre.

L'hygiène et l'économie politique ne sont pas toujours d'accord dans les questions qui leur appartiennent en commun, et cela se conçoit parce que leur point de vue n'est pas le même. Nos adversaires ont à tenir compte d'intérêts financiers, de droits acquis, de scrupules juridiques ; nous ne voyons, nous, que la santé publique, et quand, il s'agit de l'alcoolisme, cet intérêt prime tellement tous les autres qu'ils deviennent des quantités négligeables.

Dans son discours, M. Léon Say commence par formuler un aphorisme que je trouve bien hasardé pour un homme d'Etat de cette valeur. « Les « lois sans les mœurs n'arriveront à rien, dit-il. » S'il en était ainsi, il ne resterait plus qu'à fermer le Code et à monter en chaire. C'est un peu, du

FEUILLETON

Un vieux praticien

Dans la ville, pourvue d'une école de plein exercice, où j'ai fait une grande partie de mes études médicales, [il y avait un vieil officier de santé, homme fort intelligent et très instruit, doué d'un véritable tempérament de chirurgien, mais éloigné de la grande chirurgie par la modicité de son diplôme. Il avait, pour s'en rapprocher autant que possible, embrassé la spécialité obstétricale. Il y était devenu d'une habileté consommée. Sa réputation n'avait point de rivales dans toute la région et, si la clientèle n'était pas la plus choisie qu'on pût voir, elle était sans conteste la plus étendue. Non seulement le profane vulgaire, mais ses confrères eux-mêmes reconnaissaient sa grande valeur et, chose rare, nul n'en était jaloux. Le fameux proverbe *invidia medicorum pessima* était en défaut pour une fois, en partie du moins, car si le vieux praticien désarmait l'envie d'autrui, il nourrissait ce sentiment pour son propre compte à tel point que le diable n'y perdait rien. Il avait toujours cru, avec Corneille, que « le vrai mérite se connaît » et il était très convaincu de l'importance du sien. Aussi avait-il très facilement et très promptement cédé aux sollicitations qu'on lui avait faites d'ouvrir chez lui un cours

reste, ce qu'il conseille. Il engage les auditeurs à faire de la propagande antialcoolique. « Par vos protestations, par notre agitation, dit-il, nous « parviendrons à tenir en échec les débitants et les fabricants de jus de « betterave, de maïs, ou de substances encore plus nuisibles, et nous pré- « parerons le terrain pour le triomphe des armes que pourra offrir la légis- « lation, quand les temps seront devenus propices. »

Ce sont là des illusions qui font le plus grand honneur à ceux qui les conservent encore dans un âge avancé, mais il est bien difficile de les partager quand on s'est colleté toute sa vie avec l'alcoolisme et qu'on a constaté ses séductions terribles et son incurabilité.

Il suffit de voir, du reste, ce qu'ont produit les sociétés de tempérance depuis quatre-vingts ans qu'elles existent. La première a été fondée à Boston en 1813, mais elle succomba sous les railleries des buveurs. Reprise dans la même ville en 1826, sur des bases plus radicales, l'idée y fut accueillie avec moins de défaveur. Elle fit son chemin avec l'appui des ministres protestants qui se livrèrent à la propagande la plus active et bientôt toutes les villes de l'Amérique du Nord eurent leurs sociétés de tempérance basées sur le système de l'abstinence absolue.

L'Angleterre ne tarda pas à suivre cet exemple. En 1828, une première société fut instituée à Glascow; la ligue de tempérance écossaise se fonda à Falkick en 1844 ; en 1878, on en comptait 24 dans le Royaume-Uni avec 4,500,000 adhérents ; en 1886, le chiffre des sociétés anglaises était de 1,400, et il s'en était formé sur tout le continent. En France, la seule que nous possédions a été créée à Paris en 1872 Le Congrès international de 1878 a été fondé sur son initiative (1).

Malgré tant de bonne volonté, tant d'adhésions et tant d'efforts, le résultat des sociétés de tempérance a été presque nul. Le niveau de l'alcoolisme n'a pas cessé de monter d'une façon constante et régulière, et les pays où il

(1) Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme, tenu à Paris du 13 au 16 août 1878.

---

d'accouchements. Cela lui avait souri tout de suite d'élever cet autel privé contre l'autel officiel. Le profit matériel en était médiocre, vu la modestie de la rétribution dont il faisait payer les leçons de sa vaste expérience, mais le succès moral était considérable et cela lui suffisait. Peu d'étudiants se contentaient des cours de l'école ; presque tous nous nous trouvions réunis chez lui et quelques jeunes docteurs ne dédaignaient pas de venir compléter là leurs notions parfois un peu clairsemées sur cette branche spéciale de l'art de guérir.

En un coin du vieux salon rouge, au meuble suranné, où il faisait ses conférences, un petit groupe de sages-femmes s'empilait : pauvres filles dont le physique insuffisant ne détournait aucune part de notre attention que le maître retenait tout entière. Un grand tableau noir, planté sur un guéridon couvert d'un damas de laine qui avait été rouge, masquait la porte par où notre professeur faisait son entrée. Quelque part, sur une chaise, traînait un mannequin en moleskine avec son fœtus, dont le cordon rouge et vert soutenait un large placenta éraillé qui perdait son crin par mainte blessure. Les autres accessoires se composaient d'une balle en caoutchouc dans laquelle des cercles de diamètres variés avaient été découpés pour nous apprendre à apprécier la grandeur de la dilatation cervicale, et d'un lit en fer installé à poste fixe au fond d'un corridor

fait le plus de ravages sont précisément ceux où les sociétés de tempérance se sont le plus multipliées.

Est-ce une raison pour y renoncer ? Non, sans doute. Il faut les encourager, au contraire, il faut multiplier les conférences, les publications, tous les moyens de propagande qui peuvent éclairer l'opinion sur la gravité de ce péril social ; mais tous ces moyens fondés sur la persuasion et sur l'éducation des masses sont des remèdes à longue portée, et nous n'avons pas le temps d'attendre que le terrain soit préparé pour les législateurs, parce que l'alcoolisme marche plus vite que l'instruction et qu'il faut lui opposer une digue plus sérieuse que les bons conseils et que les encouragements platoniques.

Cette digue c'est aux pouvoirs publics à l'élever. Il faut pour cela deux choses : 1° réduire le nombre des cabarets en rétablissant l'autorisation préalable, telle qu'elle a été formulée par le décret du 29 décembre 1850, si fâcheusement abrogé par la loi du 17 janvier 1880 et rendre définitive la fermeture de ces établissements, laquelle aujourd'hui ne peut pas excéder un mois, aux termes de l'article 6 de la loi de 1873 ; 2° appliquer sévèrement la loi contre l'ivresse ; 3° élever les droits sur l'alcool. C'est cette dernière conclusion sur laquelle les hygiénistes et les économistes ne s'entendent pas. Je l'ai déjà traitée dans l'*Union médicale*, il y a bientôt un an (1), mais le discours de M. Léon Say me force à y revenir encore. « Je ne crois « pas, dit-il, que l'impôt soit la vraie solution. A mesure qu'il augmente, le « prix de revient diminue. Ne croyez pas à l'efficacité des gros droits : les « progrès de la science et de la fraude sont là pour les tourner. »

Je ne veux pas reproduire ici mon argumentation de l'an dernier. Je me bornerai à la résumer en quelques mots : Il n'est pas, disais-je alors, d'impôt plus légitime que celui qui pèse sur un vice. Il n'en est pas de plus salubre. Si la consommation reste la même, c'est le fisc qui en profite ; si elle diminue, c'est l'hygiène qui en bénéficie. Dans tous les Etats du nord de

(1) L'alcoolisme et l'impôt sur les boissons. *Union médicale* du 16 février 1893.

---

assez sombre. On bouleversait cette couche régulièrement à chaque séance, sous le prétexte de s'exercer à dresser le lit de misère.

Quand je fus admis à l'honneur et au bénéfice de prendre rang parmi ses élèves, notre professeur était déjà très vieux, presque octogénaire, ce qui ne l'empêchait aucunement d'être étonnamment actif de corps et d'esprit. Il était, non sans raison, satisfait de sa santé comme de sa science, ne sentait pas s'alourdir le poids des années et, à quatre-vingts ans passés, commençait à écrire un Traité de dystocie, sans hâte, sans fièvre, sans impatience, travaillant comme d'autres voyagent, à petites journées, et répondant, quand on lui faisait la flatterie de s'enquérir de la date où paraîtrait le livre : « Oh ! j'ai bien le temps, rien ne me presse ! »

C'était un petit homme sec et maigre, à peine cassé, dont la gracilité de corps était accentuée par des vêtements d'une ampleur inouïe et d'une coupe qui lui était toute personnelle. Sa redingote noire, qu'il portait toujours ouverte, était vaste comme une houppelande ; les jambes du pantalon, pareilles à des sacs, flottaient drôlement sur ses tibias minuscules; ce vêtement était « à pont », particularité dont nous ne nous serions point doutés (car un immense gilet lui retombait jusqu'à mi-cuisses), s'il n'avait eu l'occasion de nous la révéler lui-même dans un de ses cours, à propos de la manière dont

l'Europe, la consommation de l'alcool est en raison inverse de l'impôt qu'il supporte. L'argument tiré de la fraude et qui est particulièrement cher aux économistes, ne tient pas debout. On l'a mis en avant toutes les fois qu'on a élevé les droits, lorsque la loi du 1er septembre 1871 les a portés de 90 fr. par hectolitre à 150 francs, comme lorsque celle du 30 décembre 1876 les fit monter à 156 fr. 25, et dans les deux cas l'événement est venu démentir ces prédictions. Toutes les fois qu'on a édicté des lois sévères contre les fraudeurs et qu'on les a rigoureusement appliqués, ils se sont vite découragés. Il en sera de même à l'occasion du nouveau règlement des droits, à la condition, bien entendu, de supprimer le scandaleux privilège des *bouilleurs de cru*, qui est la principale source de la fraude et auquel on n'ose pas toucher.

Il est un point sur lequel l'hygiène et l'économie politique sont d'accord' c'est sur la nécessité de diminuer le nombre des cabarets. Il augmente dans des proportions désastreuses, depuis que la loi du 17 juillet 1880 a supprimé l'autorisation préalable et les garanties qu'elle offrait. En 1877, lorsque Claude (des Vosges) a fait sa mémorable enquête, il existait, en France, 399,145 cabarets, sans compter les 30,000 débits qui existaient à Paris. La consommation de l'alcool, les crimes, les suicides et les cas de folie furieuse qu'il provoque ont augmenté dans la même proportion. La conséquence était fatale. Dans les classes inférieures, les gens qui s'enivrent à domicile et avec préméditation sont rares. C'est le cabaret qui les attire; c'est sa clarté chaude et joyeuse qui contraste avec les mansardes obscures et froides, avec les logements tristes et malsains qu'ils habitent C'est la gaieté, le bruit, ce sont les rires, les propos des camarades. La séduction est inévitable et plus il y en a, plus on a d'occasions d'y céder. L'homme qui commence à perdre la raison n'a plus la force de résister à cet attrait. Il rentrait dans son ménage par un effort de volonté, il trouve une série de débits sur sa route, ses bonnes résolutions s'évanouissent, il entre dans un d'entre eux et s'achève.

Il faut donc faire en sorte de diminuer ces établissements dangereux. Je

---

l'accoucheur doit être vêtu. Une énorme cravate noire s'enroulait trois fois autour d'un col de chemise de forme antique, dont elle ne laissait paraître que les deux pointes extrêmes où s'encadrait son menton. Les dimensions exceptionnelles de ses habits n'avaient d'autre but que de lui permettre d'y faire adapter des poches gigantesques où il pouvait dissimuler tout un arsenal d'accoucheur. Sa trousse, grosse et lourde comme une caisse à résections, un grand cornet à chloroforme, appareil de son invention, analogue à celui de Reynaud, les fers, un craniotome, tout y tenait; je crois qu'il y aurait pu mettre un céphalotribe.

Il nous montra un jour comment il pouvait faire entrer dans la poche de son pantalon un effroyable forceps de cinquante-huit centimètres, pour le détroit supérieur. Les crochets, il est vrai, dépassaient l'orifice, mais, faisait-il, en rabattant au-devant d'eux un large pan d'étoffe : « Pour peu que le gilet soit ample, tout est caché ». La tête qui surmontait ce bizarre costume s'harmonisait à merveille avec lui. Sous un gros crâne régulièrement arrondi, la face toute petite se recroquevillait. Sur ce masque aplati, sillonné de rides en tous sens, qu'éclairaient deux petits yeux gris rendus humides par une ébauche d'ectropion, un nez court et droit, faisait une saillie à peine appréciable. La

ne crois pas qu'il soit nécessaire d'en limiter le nombre par une réglementation *à priori*. On l'a fait en Russie, en Suède et en Suisse, mais en France, je craindrais que cette mesure fût appliquée d'une manière trop arbitraire. On arriverait tout aussi sûrement au but, d'une part, en rétablissant l'autorisation préalable qui ne permettrait plus aux repris de justice, aux individus tarés d'ouvrir des débits comme ils le font aujourd'hui, et, d'une autre part, en donnant à la justice le droit de fermer d'une manière définitive ceux dans lesquels il se serait produit un certain nombre de contraventions.

Cette pratique, dit-on, n'aura d'autre effet que d'enrichir les propriétaires de ceux qui resteront. Je ne vois pas à cela d'inconvénients. Plus les débits seront fructueux et plus ceux qui les tiendront auront intérêt à surveiller les buveurs, afin de ne pas être pris en faute, et les débitants deviendront ainsi les répresseurs intéressés de l'ivrognerie.

Il est enfin une dernière mesure qui s'impose comme complément de celle-là, c'est de sévir contre l'ivresse. De tout temps, et dans tous les pays, des pénalités ont été instituées contre elle, depuis le code de Dracon qui la punissait de mort jusqu'à la loi française du 13 février 1873 qui se contente d'une amende de 1 à 5 francs. Quelque modeste que soit cette pénalité, elle a pourtant porté ses fruits quand on a voulu l'appliquer. De 1873 à 1876, on a prononcé, en moyenne, par an, 70,659 condamnations pour ivresse tapageuse sur la voie publique; mais on n'a poursuivi que les ivrognes ; quant aux cabaretiers, les articles qui les concernent sont toujours restés lettre-morte.

On ne veut pas se décider à considérer l'ivresse comme un délit, et pourtant ce n'est pas une fiction légale. C'est bien un délit que commet le malheureux qui perd volontairement la raison, qui ruine les siens et donne à ses enfants le plus déplorable exemple. Le cabaretier se rend complice de ce délit, en fournissant à l'ivrogne le moyen de le commettre ; il est plus coupable que lui, car il n'a pas pour excuse un penchant devenu irrésistible ; il n'est mû que par la cupidité et spécule sur le vice des autres. Il fau-

---

bouche était une fente sans lèvres, qui complétait la ressemblance de cette face de vieil accoucheur avec une face de fœtus — influence professionnelle peut-être !

Personne n'a jamais vu cette tête couverte d'une coiffure quelconque. Le bonhomme, en toutes saisons, tenait à deux mains derrière son dos son chapeau haut de forme, exposant bravement aux ardeurs du soleil, aux rigueurs de la bise et à la malignité des regards, la plus absolue des calvities. Deux ou trois maigres touffes de cheveux fins et courts frisottaient encore cependant en arrière, vers le haut du cou, mais se perdaient tout de suite sous les premiers plis de la cravate.

Tout cet ensemble lui constituait une physionomie bien à part, suffisait à en faire un type peu commun, et cependant, comme pour mieux le caractériser encore, la nature y avait ajouté une bizarrerie qui, à elle seule, résumait tout l'homme. Il était doué, ou si vous le préférez, il était affligé d'une voix tout à fait singulière, qui est restée le souvenir présent et le plus le plus net qu'aient gardé de lui ceux qui l'ont connu.

A travers ses lèvres, qui s'écartaient à peine lorsqu'il parlait, les paroles sortaient avec une lenteur comique. Elles semblaient s'allonger en franchissant cette fente aux bords amincis, s'étirer comme un métal au laminoir. Les mots de trois syllabes faisaient l'effet d'en avoir six ; ceux qui en avaient quatre paraissaient être interminables. Dans

drait garder la prison pour les buveurs qui sont le plus souvent insolvables, frapper les cabaretiers qui les encouragent d'amendes sérieuses et fermer définitivement leurs établissements après deux condamnations encourues. Cette dernière punition, étant prononcée par un tribunal, n'aurait pas le caractère d'arbitraire qu'on pouvait lui reprocher quand elle était infligée par l'administration.

Ces mesures légales auraient certainement un résultat plus sûr et plus rapide que les conférences, les petits livres et les pieuses exhortations des Sociétés de tempérance; mais elles ont contre elles tous les intérêts que l'alcool met en jeu; elles ont pour adversaires ceux qui le fabriquent, ceux qui le vendent et ceux qui le boivent, tous ceux qui en vivent comme ceux qui en meurent. C'est là le véritable obstacle qui s'oppose à la répression de l'alcoolisme et qui perpétue ses épouvantables ravages. L'hygiène n'y peut rien, que jeter son cri d'alarme et lutter de tout son pouvoir contre les arguments qu'on oppose à ses revendications, de quelque part qu'ils viennent.

Jules ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1894 — Présidence de MM. LABOULBÈNE et ROCHARD

L'Académie a entendu avec plaisir son président sortant résumer rapidement les principales communications faites à la savante compagnie en 1893. M. Laboulbène a annoncé ensuite que, comme tous les ans, le bureau de l'Académie avait fait visite en corps au ministre de l'instruction publique; comme tous les ans, le bureau s'est plaint de l'installation déplorable de l'Académie et, toujours comme les années précédentes, le ministre s'est montré prodigue de belles promesses. L'Académie doit commencer enfin à comprendre qu'elle doit surtout compter sur elle-même pour améliorer sa situation.

M. Laboulbène a installé M. Rochard au fauteuil de la présidence et la parole a été donnée à M. PROUST, qui a terminé la lecture de son

---

l'émission de cette voix, la bouche presque close laissait les fosses nasales se charger seules du soin d'en déterminer le timbre, et l'on avait l'illusion que non seulement les sons émis se formaient dans le nez, mais que c'était de là qu'ils sortaient. L'effet en était irrésistible et décuplait la saveur d'un langage d'ailleurs original, et d'un mode d'expression qui lui était très personnel. Pour comprendre les accès de fou rire qui nous prenaient parfois au sortir du vieux salon rouge, où pendant une heure nous les avions respectueusement comprimés, il faudrait l'avoir entendu extraire de ses sinus frontaux des mots comme ceux de *dilantantion* du col, *applicantion* de forceps.

Cela n'enlevait rien à la qualité des conseils très pratiques qu'il nous donnait. Ils étaient parfois si pratiques, ces conseils, que notre jeunesse s'en étonnait un peu. Je me souviens presque textuellement de celui-ci qui donnera l'idée de sa manière. « N'oubliez jamais de vous assurer, dès la naissance, s'il n'y a point d'imperforation anale. Si vous ne le faites point, on vous apprendra le lendemain que l'enfant souffre, qu'il n'a point rendu son méconium; bref, qu'il est très bas. Vous regarderez alors, et vous constaterez; mais il est trop tard et l'on vous en voudra. Or, que faire? Dites tout bonnement que vous le saviez, que vous vous en étiez aperçu, mais que, pour ne point émotionner la mère et la famille, vous aviez remis d'en parler. Il est clair que vous *escobardez* en

Rapport sur le typhus en France pendant l'année 1893.

Le typhus a persisté dans quelques points de la France jusqu'à la fin de l'année 1893. C'est ainsi qu'il y a eu des cas à Pont-Audemer en septembre, à Pontoise en novembre, à Reims et à Châlons-sur-Marne en décembre. Les vagabonds ont eu la plus grande influence sur la propagation du mal typhus, le a suivi les routes que parcourent les nomades, les clients des prisons et des asiles de nuit, les raccommodeurs de vaisselle.

L'épidémie a eu son origine en Bretagne, où le typhus a des foyers permanents, et M. Netter a pu trouver dans les hôpitaux les premiers malades qui, venant de cette province, ont joué le rôle de propagateurs. Les Bretons se rendent souvent du côté de Paris en passant par Morlaix, et en prenant le bateau qui, de cette ville, va à Honfleur et au Havre. Aussi y a-t-il eu de nombreux cas dans les villes situées sur les routes qui, de ces points de la côte, vont à Paris. Il suffira de rappeler les petites épidémies de Gournay, Etrepagny, Pontoise, Gisors; celles de Pont-Audemer, Evreux, Mantes, Poissy, étapes jalonnant les chemins suivis par le typhus.

Le typhus se transmet très facilement des personnes malades aux personnes saines. Très souvent le fléau fait de nombreuses victimes parmi les médecins, les infirmiers, les religieuses. Dans l'épidémie qui sévit sur l'armée de Crimée, 12,88 0/0 des médecins succombèrent, et il n'y eut que 0,45 p. 100 de frappés parmi les autres officiers ; en 1893, 42 religieuses ont été atteintes et il y a eu 18 morts.

Il importe de reconnaître les premiers cas de typhus, afin de pouvoir prendre rapidement les mesures prophylactiques convenables. Tout malade ayant eu la fièvre typhoïde antérieurement et semblant présenter une récidive de cette maladie devra être considéré comme suspect. Le typhus évolue rapidement soit vers la guérison, soit plutôt vers une terminaison fatale, la mortalité étant très élevée. Dans le typhus, il y une stupeur plus accentuée que dans la fièvre typhoïde, le météorisme manque, l'éruption, précoce, se répand sur tout le corps. Naturellement, les selles ne renferment pas le bacille d'Eberth.

Tout médecin doit bien savoir qu'un diagnostic précoce permet seul la désinfection et l'isolement rapides, et, par suite, l'extinction du foyer local.

M. Colin tient à dire que, pendant la dernière épidémie, le docteur Sapelier, médecin à Nanterre, a le premier posé un diagnostic exact.

---

disant ça ; Eh bien ! tant pis ; *escobardez*, votre *réputantion* est à ce prix, et elle vaut bien que vous le fassiez. » Prononcez cela bien lentement, en nasonnant de votre mieux, ajoutez-y la dose d'animation qui est de mise lorsqu'on soutient une thèse que l'on sent discutable, figurez-vous les figures béates et convaincues des sages-femmes insérant ces réflexions dans leurs notes avec la plus entière bonne foi, et vous verrez que les leçons du père Gaspard (nous l'appelions ainsi, à cause d'un de ses prénoms), n'allaient pas sans quelque gaieté.

Ses relations avec les médecins se ressentaient à la fois de l'étrangeté de son caractère, de la conscience qu'il avait de sa valeur personnelle, et de la gêne que lui a causée toute sa vie l'infériorité de son titre d'officier de santé. Je ne crois pas qu'il ait jamais prononcé le mot de « confrère », il disait toujours « Monsieur ». Il trouvait tout naturel qu'on l'appelât en consultation, mais il n'y appelait les autres qu'à son corps défendant. « Monsieur, -- dit il un jour à un homme qui jouissait d'une réputation d'accoucheur presque égale à la sienne, et dont on l'avait prié de s'assurer le concours, — Monsieur, la famille d'une de mes clientes m'a demandé avec instances de vouloir bien m'adjoindre vos lumière. Il m'a été impossible de ne point m'incliner devant un désir si

— M. Porak a lu un très intéressant travail sur le

Passage des substances étrangères à l'organisme à travers le placenta

L'arsenic, le cuivre, le plomb, l'atropine, le phosphore traversent le placenta ; le mercure, l'alizarine ne le traversent pas. Cet organe est un lien d'accumulation élective pour le cuivre et surtout pour le mercure. Le plomb ne s'y fixe pas.

La présence de substances étrangères à l'organisme dans le placenta démontre que c'est bien par cet organe que s'effectuent les échanges matériels entre la mère et le fœtus.

Les poisons s'accumulent en plus grande quantité dans les tissus du fœtus que dans ceux de la mère, en vertu probablement de leur puissance assimilatrice et de leur insuffisance désassimilatrice. Ils se diffusent davantage chez les petits où on les trouve dans le foie, dans le système nerveux central et dans la peau, que chez la mère où ils se fixent presque exclusivement dans le foie. Cette circonstance permet de distinguer dans l'accumulation des poisons une affinité élective des tissus et une affinité de passage dans le foie.

Cette action toxique sur les petits permet de comprendre la pathogénie de l'avortement qui est dû ordinairement à une action directe sur la circulation placentaire ou à un retentissement de la santé de la mère sur la santé des petits. Elle explique la mortinatalité et la polymortalité des jeunes par l'accumulation du poison soit dans le placenta, soit dans le système nerveux central.

Ces recherches donnent la mesure de l'affinité des tissus pour le poison, difficile à apprécier chez l'adulte à cause de leur accumulation dans le foie due à leur passage à travers cet organe. Elles expliquent soit la symptomatologie de l'intoxication, soit l'action thérapeutique des poisons administrés à doses tolérables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 décembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Le ganglion sus-claviculaire

M. Galliard présente à la Société des pièces anatomiques provenant d'un malade mort de cancer rétro-sternal et pré-aortique. On voit, derrière la clavicule gauche et derrière l'insertion du sterno-mastoïdien, un ganglion unique et volumineux.

---

formellement exprimé. Donc, je vous transmets ce désir, à vous de voir si vous voulez y accéder. » Et on y accédait toujours, en considération de son âge et de son mérite.

Qui le croirait ? cet homme si drôle aimait la musique, il en faisait, et le talent qu'il s'y croyait le flattait plus que sa valeur scientifique. De cette voix que je vous ai dite, il chantait ! il chantait et s'accompagnait sur la guitare ! Quand il partait, toujours accompagné d'un docteur, pour quelque expédition chirurgicale à la campagne, il ne manquait jamais de porter sa guitare et, le soir, au retour, lorsque tout avait bien marché, le père Gaspard, préludant par quelques accords, lançait, à travers son nez, aux échos étonnés de la nuit, ses grands airs favoris rythmés par le trot du cheval.

FORMULAIRE

Lavement nutritif (Bernheim).

Bouillon concentré	300 grammes	
Pulpe de viande cuite.	50	—
Vin de malaga	20	—

Mêlez.

On donne un lavement toutes les trois heures et on a ainsi une dose d'aliments suffisante.

Dans la plèvre gauche, on avait trouvé un épanchement séreux.

M. Rendu lit le rapport annuel sur les travaux de la Société et fait l'éloge des membres décédés dans le cours de l'année 1893.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 12 janvier.

—

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1)

Séances de décembre 1893

Du point de trepanation, après traumatisme, dans les cas où les symptômes ne sont pas superposables à la région contuse du crâne.

M. Cassaet (Bordeaux). — Les accidents consécutifs à un traumatisme du crâne et non superposables au fonctionnement de l'écorce sous-jacente au point contus, peuvent être divisés en : 1° accidents homonymes au traumatisme, et 2° diffus ou ne relevant d'aucune lésion en foyer portant sur un centre cortical connu.

Les premiers semblent commander, toujours, la trépanation de la région physiologique de laquelle dépendent les symptômes observés, par exemple la trépanation rolandique gauche, si le malade a présenté de l'épilepsie jacksonienne droite après un traumatisme droit. Cependant, le défaut de décussation des pyramides peut entraîner à une erreur inévitable, contre laquelle une seule conduite est rationnelle : trépaner d'abord dans la zone physiologique, et secondement sur le point contus, si la première intervention n'avait été suivie d'aucune amélioration.

Les symptômes homonymes paraissent pouvoir relever aussi d'une contusion centripète des nerfs méningés ; ils sont alors comparables aux épilepsies d'origine périphérique. Dans ce cas, l'intervention devrait porter sur le point même de la contusion ; mais, en pratique, il est difficile d'avoir dans un thérapeutique délibérée, l'histoire de ces épilepsies n'étant pas encore faite.

Les accidents diffus peuvent être assez graves pour nécessiter une intervention active. Pour déterminer le point de trépanation, il faut tenir compte, à la fois, du siège de la contusion et de la direction du mobile qui a frappé. Pratiquement, le point de trépanation se trouve, alors, sur le côté du crâne opposé à la contusion, dans un espace restreint situé à l'extrémité du plus grand des diamètres qui partent des points contus dans la direction où s'est effectuée la violence.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

La médication hypnotique

M. Jasiewicz a lu à la Société de Thérapeutique un mémoire important sur la médication hypnotique. Cette dernière doit surtout être employée lorsque l'insomnie est causée par un défaut d'hygiène, par une excitation particulière du système nerveux sans lésion organique spéciale, comme dans la neurasthénie, diverses névroses, etc., quand l'insomnie, symptôme essentiel et prédominant, constitue, en quelque sorte, la maladie qu'on est appelé à traiter.

L'hydrate d'amylène, moins fort que le chloral, était prescrit en potions à la dose de 3 à 5 grammes, ou en capsules de 0,30 à 0,50 centigrammes. Actuellement. Il est presque abandonné.

La *chloralamide* est soluble dans 9 à 10 parties d'eau froide et dans 1 partie et demie d'alcool ; elle est employée à la dose de 2 à 3 grammes et même 4 grammes chez les

(1) *Fin.*

adultes, de 50 centigrammes chez les enfants. On recommande de ne pas la dissoudre dans un liquide dont la température dépasse 60°, car elle se dédoublerait. Sans action sur la circulation du sang, sans action même sur le cœur et les reins, ne modifiant pas la température, ne changeant pas le rythme de la respiration, la chloralomide est prescrite avec succès dans tous les cas d'insomnie, dans la phtisie, dans la neurasthénie, même dans les affections cardiaques compliquées d'albuminurie ; le sommeil se produit une demi-heure après l'ingestion du médicament ; plus tôt même, s'il est administré en injections sous-cutanées et se prolonge pendant 7 à 9 heures. Dans les cas de manie aiguë, on ne peut employer la chloralomide , car les doses élevées alors nécessaires produisent rapidement des effets toxiques graves, aussi Broc a-t-il combattu l'emploi du médicament qu'il accuse en outre d'avoir sur le cœur la même action nuisible que le chloral. Au contraire, pour Wood et Cerna l'action sur le cœur est si minime, que la chloralamide doit être ordonnée à ceux qui ont le cœur faible. Hayem, Huchard admettent son efficacité dans l'asthme-cardiaque.

La *chloralose*, dont la découverte est cependant toute récente, est, actuellement, très ordonnée. Une dose moyenne de 0,40 produit des effets hypnotiques très marqués. Féré prescrit de 0,75 à 1 gr. 50 sans inconvénients. Maragliano (de Gênes) considère le nouveau médicament comme excellent ; généralement le sommeil survient une demi-heure après l'ingestion et se prolonge tranquille mais accompagné de sueurs. Le médecin italien conseille de débuter par 10 centigrammes et d'augmenter de 10 en 10 centigrammes jusqu'à l'effet désiré. On peut encore citer des observations favorables de Landouzy, Moutard-Martin, Marie.

L'*hypnal* est surtout à employer dans les insomnies dues à la douleur, lorsque l'opium est contre-indiqué ; 1 à 2 grammes par jour.

L'*hypnone* donne des effets sédatifs remarquables chez les aliénés, chez les alcooliques, dans l'insomnie nerveuse ; la dose, qui ne doit pas dépasser 0,50, doit être administrée en une seule fois.

Le *méthylal* s'emploie en potions à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 pour 100 à 150 gr. de véhicule, en injections hypodermiques à la dose de 25 centigrammes, qu'on peut renouveler et qui donne un long et profond sommeil réparateur. Ce serait le meilleur hypnotique dans le *delirium tremens*. Cependant, Lemoine, même avec 5 grammes, n'aurait obtenu aucune action hypnotique et met en garde contre les accidents cérébro-cardiaques causés par le médicament.

La *paraldéhyde* a été très recommandée par Granger ; elle aurait une action favorable dans la plupart des insomnies rebelles ; dose : 2 à 3 grammes dans 90 grammes d'infusion aromatique, en potion gommeuse, en élixir, en lavement et en injection hypodermique dans les cas d'insomnie d'origine mentale, de *delirium tremens*, de névroses convulsives. Même à dose modérée, le médicament a des inconvénients sérieux et l'haleine des malade exhale pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours une odeur très désagréable.

Le *somnal* est regardé par Meyer comme un bon somnifère lorsque l'insomnie n'est pas provoquée par des douleurs vives.

Le *sulfonal* est fort peu soluble (1 gramme dans 225 à 240 grammes d'eau, d'après Bocquillon). Cependant, C. Paul a pu constater que, dans l'organisme, pendant la digestion, la présence de sels et de peptones favorise la dissolution et l'absorption du médicament. L'inocuité serait absolue vis-à-vis du cœur et de la respiration.

Bocquillon regarde le sulfonal comme utile dans l'insomnie nerveuse simple, dans le *delirium tremens*, l'apoplexie. Le grand avantage de l'emploi de ce corps serait que l'aptitude au sommeil revient peu à peu et qu'il n'est pas nécessaire de le prescrire tous

les jours ; une dose tous les deux jours suffit. Huchard n'a pas été satisfait de l'emploi du sulfonal ; il a trouvé que l'action est lente à se produire, le sommeil lourd ; de la somnolence avec dégré variable d'ivresse et d'hébêtement persiste au réveil et pendant toute la journée suivante. Chez les aliénés, d'après Marandon de Montyel, le sulfonal présente plus d'inconvénients que d'avantages. Bocquillon conseille la dose quotidienne de 2 grammes en cachets, 1 gramme matin et soir. Brocq, comparant le chloralomide, le chloral et le sulfonal, donne la préférence à ce dernier qui agit à dose moins élevées dans les cas de manie aiguë. Pour lui, grâce aux effets prolongés des doses nécessaires, le sulfonal peut toujours vaincre l'insomnie sans danger pour les malades. On peut le prescrire, au début, à des doses de 3, 4 et même 5 grammes (Mairet), pour ne donner le lendemain que 1 gramme sans que le sommeil cesse de se produire. Lorsque l'agitation reparaît, on reprend la dose initiale, puis on redescend à 1 gr., etc. Brocq considère le sulfonal comme l'hypnotique par excellence dans tous les cas d'aliénation mentale sans agitation. Il est bien établi, actuellement, que l'usage du sulfonal peut entraîner des accidents graves, même mortels, non seulement avec des doses fortes, mais avec des doses modérées et même faibles. La continuité de son administration donne lieu à des troubles désignés par Lepine sous le nom de sulfonalisme : phénomènes gastro-intestinaux, troubles nerveux, exanthèmes, diminution de la quantité d'urine, bourdonnements d'oreille, céphalalgie, vertiges, faiblesse, impuissance à tout travail physique et intellectuel, ptosis, œdème des paupières, cyanose, etc. C'est particulièrement chez les femmes que le sulfonal, comme la chlorarose, fait sentir ses effets les plus graves.

La *thymacétine*, à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme, a une action hypnotique réelle, mais inconstante.

Le *trional* est utile comme hypnotique et le *tétronal* comme sédatif (Mahon). Cependant, ces substances peuvent être dangereuses et les symptômes sont les mêmes que ceux qu'entraîne l'administration du sulfonal.

L'*ural* est bien supporté par les cardiaques et serait surtout utile dans les cas d'insomnie dus à la toux ou à la douleur.

L'*uréthane* se rapproche de la paraldéhyde. Les opinions à son propos sont contradictoires. Tandis que, pour Granger, ce médicament conviendrait aux seuls cas d'insomnie légère, J. Gardin déclare son action irrégulière et W. H. Flint se loue de son emploi.

Pour Dujardin-Beaumetz, l'uréthane est un hypnotique non toxique, même à dose élevée, utile chez les enfants, à conseiller contre l'insomnie nerveuse, contre celle des cardialgies à la dose de 3 à 4 grammes. Cependant, à la dose de 15, 25 et 50 cent., l'uré thane retarde la digestion ; il est aussi doué de propriétés escharotiques et caustiques, agit comme dépresseur de l'irritabilité médullaire, etc.

En résumé, pour M. Jassiewicz, les nouvelles découvertes chimiques n'ont pas fourni de substances capables de remplacer l'opium et ses alcaloïdes, les bromures, même l'hydrate de chloral, médicament qui ont au moins l'avantage que l'on en connaîs bien les propriétés, les indications et les contre-indications. De tous les remèdes nouveaux, seul le sufonal semble devoir prendre sa place dans la theurapeutique. Avant de recourir à ces nouveaux agents, il est du devoir du médecin de s'enquérir des causes de l'insomnie et de chercher à la guérir par une bonne hygiène, par quelques remèdes simples et, suivant les cas, par une thérapeutique dirigée contre les causes même du mal.

COURRIER

Légion d'honneur. — M. Colin, médecin-inspecteur général, est élevé à la dignité de grand-officier dans la Légion d'honneur ;

Ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le médecin-inspecteur Mathis.

Au grade d'officier : M. le médecin principal de première classe Claudet ; M. le médecin principal de deuxième classe Jeunehommes ; MM. les médecins-majors de première classe Carayon, Groville, Cazalas, Linarès.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de première classe Vinsac, Lamps, Monant, Maria, Passabosc, Marmonier, Martin, Dionis du Séjour, Ebstein, Favier, Lèques et Louis ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Redon, Chavier, Gazin, Christan, Hugues, Ribes, Augé, Biéchy, Génin et Mers.

M. Goubeau, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.

M. Gatiniol, officier de santé au Grand-Fougeray (Ille-et-Vilaine).

— Le docteur Peyrot est nommé membre du conseil de surveillance des Ambulances urbaines, en remplacement du docteur Blanche, décédé.

— Le docteur Treille, président du conseil supérieur de santé des colonies, est désigné pour représenter, au Congrès international de Rome, le sous-secrétariat d'Etat aux colonies.

— Un récent iradé impérial a autorisé les femmes docteurs à exercer la médecine en Turquie, sur la présentation de leur diplôme.

— Les députés socialistes du Reichstag allemand ont déposé un projet de loi proposant l'abolition de la loi rendant la vaccination obligatoire en Allemagne.

— On va créer à l'Institut allemand de médecine militaire Frédéric-Guillaume neuf places nouvelles de médecin-major et l'on supprimera en échange cinq places de médecin-assistant dans les corps de troupes. On a jugé nécessaire de procurer à un plus grand nombre de médecins de l'armée le moyen de se perfectionner dans la chirurgie d'armée et dans quelques spécialités (maladies des yeux, maladies mentales et nerveuses, recherches d'hygiène et de bactériologie), plus qu'ils n'avaient pu le faire pendant le cours de leurs études. Comme l'Institut Frédéric-Guillaume ne possédait pas un personnel disponible suffisant pour fournir des sujets à cette instruction spéciale, on a dû choisir le plus grand nombre de ceux-ci parmi les médecins des corps de troupes.

Dangers du jeu de football. — Les journaux de médecine anglais ont déjà attiré l'attention sur les dangers du jeu de football. Le *Medical Record*, de New-York, signale aussi les nombreux accidents observés en Amérique depuis quelques mois. On a eu à enregistrer cinq cas de mort, dont deux dus à des luxations de la colonne cervicale. De plus, il s'est produit plus de cent accidents graves (fractures, luxations, etc.)

Un colonel docteur. — M. le Dr Canonge, colonel du 139e régiment d'infanterie, vient d'être promu au grade de général de brigade.

Nécrologie. — MM. les docteurs J. Charles (de Saint-Etienne) ; Guillemin, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger ; Kaltenbach (de Halle) ; le professeur honoraire A. Merget (de Bordeaux) ; les docteurs E. Virenque (du Vigan) et Voulet (de Saint-Paul-Trois-Châteaux).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain

—

Tuberculose et syphilis pulmonaires

Messieurs,

Nous avons en ce moment, couché au n° 14 de notre salle des hommes, un malade qui est à la fois syphilitique et tuberculeux. Nous devons rechercher quelle influence ont pu avoir l'une sur l'autre chacune des deux maladies.

Le père du malade est mort tuberculeux et une sœur a aussi succombé à la phtisie pulmonaire ; il a un frère âgé de 25 ans, bien portant.

Lui-même, âgé actuellement de 29 ans, n'est ni rhumatisant, ni paludéen, il ne s'enrhumait pas facilement et a conservé sa santé bonne jusqu'en septembre 1892, moment où il a attrapé un chancre qui a été suivi d'éruptions diverses. Bientôt il s'est mis à tousser, l'expectoration s'est montrée et a peu à peu augmenté, mais il ne s'est pas produit d'hémoptysies. De petits mouvements fébriles ont apparu il y a quatre mois, en même temps que l'amaigrissement faisait de rapides progrès.

Lorsqu'en effet on examine le malade, on est frappé de sa maigreur squelettique. Il n'a pas de fièvre, la température du soir ne dépasse pas 36°8 ; le pouls est assez rapide, 104 pulsations en moyenne.

A l'examen de la poitrine, on constate que la matité est très accentuée à droite dans les fosses sus et sous-épineuses, elle est absolue, *tanquam percussi femoris*. De cette matité absolue, on passe sans transition au son clair habituel du poumon sain. Comme les vibrations sont plus marquées dans la fosse sous-épineuse mate que dans le point correspondant du côté opposé, cela permet d'éliminer l'idée d'épanchement. A l'auscultation on entend un bruit de souffle de médiocre intensité, un peu grave. En avant on perçoit facilement quelques petits craquements humides au-dessus de la clavicule. Dans toute la région antérieure droite, le murmure vésiculaire est sous l'oreille, ce qui prouve qu'une certaine épaisseur de poumon sain persiste à ce niveau.

Le malade n'a que peu d'appétit et pas de diarrhée, son foie est gros, mais c'est surtout la rate qui est augmentée de volume et son grand diamètre atteint 21 centimètres.

Ce malade présente réunis la plupart des signes de la phtisie. Le sommet de son poumon droit est transformé en une masse dense, tandis que le reste de l'organe est sain. Du reste, à l'examen microscopique des crachats, qui offrent absolument l'aspect de ceux des tuberculeux, on trouve de nombreux bacilles.

Maintenant le malade est syphilitique ; cette syphilis évolue-t-elle encore

ou plutôt est-elle dans une période d'activité et, si cette activité existe, le poumon ne peut-il être atteint par la vérole ?

La syphilis pulmonaire est connue depuis longtemps. Les gommes pulmonaires sont analogues à celles des autres viscères. Elles ressemblent, du reste, beaucoup à des tubercules et atteignent parfois le volume d'un œuf d'oie. Les éléments conjonctifs sont plus nombreux dans la gomme que dans le tubercule, plus périphériques ; ils forment une espèce de membrane d'enveloppe. La gomme siège plutôt à la partie moyenne qu'au sommet du poumon. Actuellement, la présence des bacilles dans les tubercules permet un diagnostic rapide.

Souvent la syphilis détermine de la sclérose pulmonaire, avec épaississement des cloisons ; cette sclérose fréquemment concomitante, n'a rien de spécial, et occupe presque toujours la partie moyenne de l'organe. Habituellement, il existe en même temps des gommes.

Virchow a décrit une forme spéciale de lésion, qu'il a appelée pneumonie blanche. Il y a atélectasie, affaissement, de la cavité vésiculaire et pénétration des alvéoles par la desquamation épithéliale. Cette lésion occupe la partie inférieure des poumons et peut exister dans des cas de syphilis héréditaire infantile.

La syphilis pulmonaire a quelques signes spéciaux qui permettent de la distinguer cliniquement de la tuberculose.

La matité a une délimitation brusque, nette ; parfois le sommet reste intact. Cependant on n'oubliera pas que, en réalité, il y a plus de lésions syphilitiques au sommet qu'à la partie moyenne ; une localisation à la partie moyenne, a donc seule une valeur diagnostique. La lésion syphilitique détermine autour d'elle moins de fluxion que le tubercule. La chaleur locale, qui accompagne souvent l'évolution de la phtisie pulmonaire, manque dans la syphilis de cet organe.

A égale étendue de lésions la dyspnée est plus marquée dans la syphilis que dans la phtisie, ce qui tient sans doute à l'existence fréquente d'une sclérose assez étendue. Du reste, les tuberculeux chez lesquels la sclérose pulmoniaire s'établit offrent aussi une dyspnée très intense.

Les hémoptysies sont plus rares et moins abondantes chez les syphilitiques qui présentent une fièvre généralement peu intense ; chez eux aussi l'aspect cachectique des tuberculeux fait défaut et la anté générale se conserve assez bonne avec de vastes lésions locales.

Les lésions syphilitiques des poumons se montrent à la fin de la période secondaire, mais quelquefois elles sont très tardives. Elles peuvent aussi être l'unique manifestation d'une syphilis héréditaire et on comprend qu'alors le diagnostic on est fort difficile.

La syphilis peut frapper d'autres parties de l'appareil respiratoire que le poumon. Je n'insisterai pas sur la syphilis laryngée qui se constate *de visu* et est bien connue. Mais il y a aussi des bronchites syphilitiques et il peut se produire des gommes bronchiques suivis d'ulcérations, de vrais étuis gommeux. La bronchite syphilitique débute ordinairement de bonne heure, elle est tenace, résiste aux médications habituelles, mais cède rapidement au traitement spécifique.

Il me faut maintenant vous parler des cas où, en même temps que des lésions syphilitiques du poumon, on trouve des lésions tuberculeuses bacil-

laires. Cette association est souvent réalisée et dans la grande majorité des cas, c'est la syphilis qui ouvre la scène, la tuberculose ne se développant qu'ensuite. A l'autopsie on trouve des gommes et de la sclérose, et de plus des tubercules crus ou des granulations disséminées. Il est remarquable de voir que les tubercules se produisent surtout au niveau des lésions syphilitiques et surtout dans les points atteints de pneumonie blanche. La syphilis appelle la tuberculose, lui fournit un bon terrain de culture.

Notre malade n'est syphilitique que depuis 13 mois. On peut supposer qu'il a eu une bronchite syphilitique et que cette bronchite a permis l'invasion de la tuberculose; vous vous rappelez, en effet, qu'il s'est mis à tousser peu après avoir contracté un chancre et que sa bronchite a persisté. La syphilis, chez lui, est-elle encore en évolution, en période active?

Nous l'admettrions volontiers, car, d'une part, la limitation si nette de la matité au sommet du poumon est un bon signe de lésion syphilitique de cet organe, et, d'autre part, la rate est grosse sans qu'il y ait de paludisme antérieur. Toutes les maladies aiguës peuvent entraîner de l'hypertrophie de la rate. Certains auteurs ont recueilli des chiffres qui montrent que 55 fois sur 58 la rate est tuméfiée notablement dans la syphilis ou la tuberculose; on peut y trouver des granulations tuberculeuses, des gommes. D'après une statistique allemande, chez les enfants morts de maladies non infectieuses, le poids de la rate est des 3/1000 de celui du corps, chez ceux qui sont morts de maladies infectieuses, il atteint les 4/1000, enfin, il monte à 7 1/2 1000 dans les cas de syphilis.

Tout cela nous permet d'admettre que la syphilis est encore active chez notre malade. Aussi, convient-il de lui donner le traitement antisyphilitique, qui a souvent d'excellents et rapides résultats. C'est même dans ce cas de guérison rapide que l'on peut dire avec raison *naturam morborum ostendunt curationes*.

Le mieux dans ce cas est de recourir au traitement mixte. Nous donnerons le mercure en frictions, afin de ménager les voies digestives et de pouvoir administrer l'iodure à doses assez fortes et assez longtemps.

Le mercure seul pourrait peut-être suffire, puisque, d'après l'observation d'un auteur italien, un homme que l'on croyait tuberculeux ayant pris par la bouche l'onguent napolitain qu'on lui avait ordonné contre des pédiculi guérit de sa phtisie. De même, dans d'autres cas, l'iodure de potassium ordonné seul a paru avoir une action rapide. Malgré cela, chez la plupart des syphilitiques à lésions pulmonaires l'association des deux médicaments semble néessaire et il vaut mieux les ordonner tous deux quand l'intégrité des voies digestives, l'absence de cachexie trop avancée ne contre-indiquen pas l'une ou l'autre.

Traitement chirurgical du prolapsus utérin

par M. Richelot

Dans un rapport récemment communiqué à la Société de chirurgie au sujet d'un travail de M. Lejars, M. Quénu a discuté les indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin et il a décrit un procédé opératoire qu'il considère comme excellent. Je crois qu'il y a certaines restrictionsà apporterà ce qui a été dit à ce propos par notre collègue.

La première hystérectomie vaginale que j'ai faite pour un prolapsus utérin, chez une femme de 60 ans, le 25 juillet 1886, m'a démontré ce que je n'ignorais pas, à savoir la grande facilité relative et la bénignité extrême de l'opération dans les cas de ce genre ; en second lieu, la possibilité d'une chute secondaire des parois vaginales après l'extirpation, et par suite, l'obligation de considérer celle-ci comme une opération préliminaire. Le cloisonnement du vagin m'ayant permis, trois mois après, d'achever la guérison, je pensai que la suppression du poids de l'utérus nous garantissait la réussite des anaplasties vaginales, et je vis alors, dans l'hystérectomie, une ressource précieuse contre les prolapsus rebelles après récidive, ou d'emblée quand le relâchement des tissus est extrême et fait prévoir l'insuccès des opérations anaplastiques.

Néanmoins, j'attendis trois ans avant de recommencer. J'avais, en 1888, pratiqué la colporrhaphie chez une femme dont l'utérus, tombé depuis 22 ans, m'avait paru sain. En mars 1889, elle revint avec une récidive, et je trouvai l'organe volumineux et bosselé ; le développement de petits fibromes jouait sans doute un rôle dans la procidence nouvelle, et de plus, elle avait des métrorrhagies et des douleurs vives. Une colporrhaphie secondaire n'aurait pas empêché l'évolution des tumeurs ; l'hystéropexie n'aurait pas mieux fait ; l'ablation des ovaires n'aurait pas remédié au prolapsus. Bref, l'hystérectomie vaginale me parut seule indiquée. Tout en la faisant, je prévins mes aides que peut-être elle ne me dispenserait pas, dans l'avenir, d'une seconde anaplastie. En effet, la malade resta guérie plusieurs mois, revint en 1890 avec un prolapsus des parois vaginales qui motiva une deuxième colporrhaphie, et depuis lors tout est resté en place.

Remarquez bien qu'il y avait ici des fibromes. Pendant les trois années qui suivirent, j'ai traité mes prolapsus par la colporrhaphie, sans penser même à enlever l'utérus. Puis, en novembre 1892, est rentrée à Saint-Louis une femme de 33 ans qui avait subi la colporrhaphie au mois de juillet de la même année. L'insuccès de l'opération tenait-il en partie à la présence des lésions annexielles ? Le fait est que je lui trouvai une chute presque totale et un hydrosalpinx très volumineux à droite. J'enlevai la trompe et l'ovaire de ce côté après avoir morcelé l'utérus, et je laissai en place les annexes gauches adhérentes. La guérison, depuis un an, ne s'est pas démentie.

Chez une femme de 32 ans, qui avait eu six couches et conservé cinq enfants, il s'agissait d'une énorme hypertrophie sus-vaginale ; l'utérus alourdi et descendu partiellement avait un gros col déchiré, et la malade souffrait plusieurs fois par jour de crises violentes qui l'empêchaient de se mouvoir. Elle fut opérée le 4 février 1893.

Chez une cinquième encore plus récente (29 juillet), c'est le relâchement extrême des parois et la procidence totale qui me firent douter de la colporrhaphie et me décidère à enlever l'utérus. La récidive n'est pas venue et peut-être ne viendra pas ; mais le cas n'est pas encore assez vieux pour qu'on puisse le juger.

Il y a huit jours, enfin, le jour même où M. Quénu présentait son rapport, j'ai fait pour la sixième fois l'hystérectomie vaginale sur la même indication, chez une femme de 48 ans qui avait eu jadis une déchirure périnéale

complète, et dont le segment inférieur était vraiment gigantesque, avec deux lèvres informes et un orifice largement béant.

Total : six observations. Et sur ce nombre, il y en a deux où des lésions importantes (fibrômes hémorrhagiques et douloureux, altérations bilatérales des annexes) étaient à elles seules un motif suffisant d'exérèse totale. En réalité, je n'ai fait celle-ci que quatre fois pour le seul prolapsus, avec ou sans hypertrophie du col.

Cette pratique réservée est la preuve que, malgré mes sentiments bien connus pour l hystérectomie vaginale, je ne lui attribue, dans le traitement du prolapsus utérin, qu'une valeur assez restreinte. Je ne la réprouve en aucune façon, puisque je l'ai faite encore il y a huit jours ; elle est permise, à la condition qu'on l'applique aux femmes d'un certain âge, dont l'utérus est devenu un meuble inutile ; et je la trouve d'autant plus légitime qu'elle n'est dans l'espèce, ni difficile ni grave. Mais j'ai presque toujours adopté une autre ligne de conduite, et je ne suis pas sûr que, dans les quatre cas susdits, les raisons qui m'ont décidé à le faire soient indiculables.

Il faut, selon moi, partir d'un double principe : 1° la colporrhaphie est une opération très efficace ; 2° la fixation vaginale est illusoire.

Je dis, en premier lieu, que nombre des chutes utérines que nous observons guérissent très bien par la colporrhaphie. Le meilleur procédé me paraît être celui d'Hégar, et je le fais très simplement : Surface d'avivement triangulaire aux dépens de la paroi postérieure, que mon doigt décolle rapidement de bas en haut ; avivement elliptique sur la paroi antérieure ; série de points séparés en crin de Florence, que j'échelonne de haut en bas, l'aiguille prenant le tissu cellulaire prérectal pour bien ramasser les tissus ; mépris complet des procédés d'auteur, des étages, des surjets compliqués ; aucune recherche de la régularité mathématique ; avant tout, supprimer assez d'étoffe et rétrécir autant qu'il le faut. Jamais, sur un nombre considérable d'opérations, la réunion primitive n'a manqué ; j'ai eu seulement quelques récidives après plusieurs mois, chez des femmes dont les tissus ont une puissance de relâchement extraordinaire. Quand la chute s'est produite, j'ai rétréci de nouveau, et je n'ai pas encore vu cette seconde opération manquer son but. Ce qu'il faut, en somme, pour empêcher le vagin de retomber, c'est d'enlever, dans une large mesure, les tissus exubérants et rétrécir le conduit.

Quant à vouloir accrocher la paroi vaginale, je répète que c'est une illusion. J'ai lu un jour dans le *Bulletin médical* un procédé de « vaginofixation » que M. Péan avait employé chez un malade et qu'il vantait beaucoup ; cela consistait à passer des anses de fil dans le tissu cellulaire, à droite et à gauche du vagin, pour y former des brides cicatricielles. Quelques mois plus tard, la malade entrait dans mon service avec une récidive complète, et je la guéris simplement par la colporrhaphie.

Aujourd'hui, M. Quénu vous recommande un procédé beaucoup plus séduisant, plus chirurgical à coup sûr, mais auquel je ne me fierais pas davantage. Après avoir enlevé l'utérus et fait l'hémostase par des ligatures à l'exclusion des pinces à demeure, il réunit sur la ligne médiane les deux ligaments larges pour former une sangle, il suture la plaie vaginale à cette sangle et replace le tout dans le petit bassin. Puis il compare les ligaments larges à des lambeaux autoplastiques, admet qu'ils doivent se rétracter

vers leur base, c'est-à-dire vers l'enceinte pulvienne, et compte sur eux pour suspendre le vagin.

Malheureusement, les ligaments larges ne sont pas des lambeaux autoplastiques ; ils sont flasques, obéissants, et se laissent attirer au dehors par le vagin ou l'utérus, avec une docilité désespérante. Je puis donner à M. Quénu la preuve que les rapports anatomiques qu'il cherche à réaliser par la suture, entre eux et la plaie vaginale, s'établissent d'eux-mêmes, naturellement, à la suite de l'hystérectomie *et de l'application des pinces à demeure*. J'ai opéré, il y a longtemps (9 septembre 1886) une femme qui avait un cancer de l'utérus un peu trop avancé, et qui mourut à la fin du troisième jour, douze heures après l'ablation des pinces, avec des phénomènes nerveux singuliers, aphasie et convulsions, suscités par une double néphrite interstitielle. A l'autopsie, le péritoine était sain et complètement fermé par les deux ligaments larges qui, inclinés l'un vers l'autre et unis sur la ligne médiane, étaient d'ailleurs collés aux deux lèvres de la plaie vaginale. Après guérison, ligaments et plaie eussent été solidement fusionnés ; et cela doit être la disposition normale de la cicatrice, toutes les fois qu'un épanchement sanguin ou une suppuration septique ne viennent pas désunir les tissus. Or il est d'expérience que, malgré la cicatrisation la plus régulière, les parois vaginales réduites après l'hystérectomie peuvent retomber quelques mois plus tard ; donc cette fusion de vagin et des ligaments est insuffisante pour les soutenir. « Mes malades sont guéries », va dire M. Quénu. Soit ; mais vous avez fait aussi, et très judicieusement, la colporrhaphie. Si elles restent guéries dans l'avenir, soyez sûr que c'est à la colporrhaphie qu'elles le doivent.

Pour conclure, j'émettrai quelques propositions générales sur le traitement du prolapsus utérin, sans discuter longuement le rôle du périnée (appareil de soutien) ou celui des ligaments (appareil de suspension), recherche trop subtile et dont il est dangereux de vouloir tirer les indications.

Il faut d'abord mettre à part les cas où la chute s'accompagne de lésions qui peuvent motiver par elles mêmes l'cxtirpation de l'utérus. Tels sont les fibrômes et les maladies annexielles dont j'ai parlé. Le prolapsus, pour ainsi dire, n'est pas en cause ; il a seulement l'avantage de rendre l'opération plus facile.

Si la chute est simple, si l'utérus est petit, si l'exubérance et la flaccidité des parois ne sont pas extrêmes, la colporrhaphie bien faite est le traitement par excellence.

Si l'utérus est gros, si l'hypertrophie du col donne à penser que le volume et le poids de l'organe pourront nuire à la réunion ou favoriser la récidive, l'amputation sus-vaginale — non celle d'Hugnier, mais celle que nous faisons maintenant — précédera la colporrhaphie.

Si le relâchement excessif des tissus rend douteux le succès de l'anaplastie vaginale, d'emblée ou après la récidive, on peut, l'anaplastie restant la base du traitement, recourir à des moyens auxiliaires, tels que l'opération d'Alexander, ou mieux l'hystéropexie. Et cependant, malgré la fixation de l'utérus, on a vu les parois vaginales se dérouler encore à l'extérieur.

Devons-nous ranger l'hystérectomie parmi ces moyens auxiliaires ? Encore une fois, je ne veux pas la proscrire ; mais il faut se rappeler le méca-

nisme de la procidence : ce n'est pas l'utérus qui pousse le vagin dehors, c'est le vagin qui se déroule et attire l'utérus. Que la suppression d'un organe volumineux et pesant, douloureux, hémorrhagique, paraisse opportune, qu'on la juge bénigne et plus expéditive qu'une amputation sus-vaginale avec suture circulaire de la plaie vaginale au moignon, c'est fort bien. Mais il faut savoir qu'on ne fait rien de plus radical en agissant ainsi ; au contraire l'hystérectomie est accessoire, c'est un premier temps qui sera suivi d'une intervention nouvelle. Aussi serait-elle inférieure, si on la faisait seule, aux traitements qui réussissent du premier coup ; aussi devons-nous tenir pour rationnel de ne pas la faire seule, d'assurer l'hémostase par des ligatures à l'exclusion des pinces afin d'avoir le champ libre, et de la faire suivre d'une colporrhaphie immédiate. Et c'est ainsi que, de gré ou de force, nous en revenons toujours à la colporrhaphie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1894. — Présidence de M. Périer

L'hystérectomie dans le prolapsus utérin

M. P. Segond est entièrement d'accord avec M. Quénu, en ce qui concerne les indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin ; il insiste sur la complexité habituelle des lésions que l'on rencontre dans cette affection et sur la nécessité de faire le plus souvent des opérations multiples pour assurer une réparation complète.

L'âge de la femme doit être évidemment une considération dominante lorsqu'il est question d'hystérectomie pour prolapsus utérin, et lorsque la malade a dépassé la ménopause, on n'a plus évidemment à se préoccuper de la suppression de la fonction. L'existence d'un néoplasme utérin ou de lésions annexes, l'irréductibilité de l'organe, la présence d'une tumeur pelvienne pesant sur l'utérus, constituent des indications d'hystérectomie.

M. Segond a fait 3 hystérectomies pour prolapsus utérin. L'une est trop récente pour qu'on puisse apprécier le résultat ; les 2 autres ont été suivies, après quelques mois, de la persistance d'un léger degré de cystocèle.

Parlant du procédé opératoire décrit par M. Quénu, M. Segond pense que l'emploi des pinces à demeure donne une cicatrice tout aussi solide que la réunion par première intention après ligature des ligaments larges.

M. Richelot vient également apporter des restrictions aux considérations émises par M. Quénu dans son rapport.

(Voir page 15.)

M. Lucas-Championnière pense que toutes les opérations proposées pour le traitement du prolapsus utérin sont également susceptibles de donner des récidives. Il a fait 8 fois l'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin, et n'espère pas trouver dans cette opération le moyen d'assurer constamment une guérison radicale. Il a, d'autre part, eu 2 fois une hémorrhagie grave, suivie de mort dans un cas, et il estime que l'état de relâchement des tissus rend, à ce point de vue, l'hystérectomie particulièrement dangereuse.

— M. Delens lit un rapport sur un travail de M. Nicati (de Marseille), relatif à une nouvelle opération de gleucome.

M. Monod lit une observation de M. Dermules sur un cas de péritonite tuberculeuse, traitée par laparotomie, et suivi de mort deux mois après l'opération.

Présentation de malades

M. Tuffier présente un malade de 23 ans, qu'il a guéri, il y a trois mois, pour une péritonite aiguë généralisée, consécutive à l'appendicite.

THÉRAPEUTIQUE HOSPITALIÈRE

—

Notes de thérapeutique hospitalière

Paris. *Le traitement des maladies du cœur chez les enfants, par M.* J. Simon. — Les cardiopathies de l'enfance ne guérissent que d'une façon exceptionnelle, mais leur pronostic relativement bénin permet de diriger contre elles une thérapeutique pour ainsi dire pathogénique dont l'application des révulsifs et l'usage de l'iodure de potassium forment la base.

Les pointes de feu et les vésicatoires appliqués sur la région précordiale combattent les reliquats d'inflammation qui persistent habituellement et les services que rendent parfois les révulsifs sont tels que l'on a comparé, au point de vue de leur action, les cardiopathies aux arthrites.

L'iodure de potassium sera donné en vue de favoriser la résorption des exsudats plastiques. M. Jules Simon, bien que les enfants supportent parfaitement bien le médicament, conseille de ne pas dépasser les doses quotidiennes de 20 à 50 centigrammes. Il ne faut, du reste, pas continuer trop longtemps l'usage du médicament qui finit par affaiblir.

Assez fréquemment les cardiaques ont de petites poussées fébriles ; il est indiqué, dans ce cas, de leur donner du salicylate de soude à faibles doses. Contre les troubles nerveux, l'insomnie qui se voient surtout dans les cardiopathies consécutives à la chorée, on a recours au bromure à la dose de 1 à 2 grammes par jour. M. J. Simon a insisté avec raison, sur la nécessité de ne donner le bromure que pendant peu de temps; et il a vu, chez un de ses malades, le médicament, au bout de huit jours d'administration, déterminer constamment des épistaxis abondantes.

Comme tonique, on devra surtout prescrire l'arsenic. C'est ainsi que pendant 15 jours par mois, à chaque repas, un enfant d'une douzaine d'années devra prendre une cuillerée à soupe d'une solution de 5 centigrammes d'arséniate de soude dans 500 grammes d'eau. Le phosphate de chaux est aussi recommmandé par M. J. Simon qui, par contre repousse absolument l'usage du fer et l'accuse de provoquer des congestion. Tous les médecins, soit dit en passant, ne repoussent pas le fer, et M. Comby, par exemple, le prescrit volontiers sans forme de sirop d'iodure. L'hémoglobine rend de bons services chez les cardiaques anémiques.

En cas d'irrégularités des battements du cœur, M. J. Simon conseille, de X à XX gouttes de teinture de digitale et recommande de choisir de préférence l'infusion de 20 à 30 centigrammes de poudre de feuille si les battements sont en même temps très faibles. La caféine pourra de temps à autre remplacer la digitale. Ajoutons encore l'extrait de muguet que prescrit aussi M. Comby en l'associant à la digitale : Extrait de muguet 2 grammes, sirop de digitale, 20 grammes ; sirop d'écorces d'oranges amères, 60 grammes, trois cuillerées à café par jour.

L'hygiène du cardiaque doit être sévère. La régularité des fonctions digestives est très importante à obtenir ; il ne faut jamais laisser le petit malade se constiper et n'employer qu'avec une grande réserve les médicaments qui peuvent troubler le fonctionnement de l'estomac. On entretiendra les fonctions de la peau par les frictions et le massage et il faudra ne permettre l'exercice qu'avec ménagement et en surveillant de près ses effets. Les bains de mer, les eaux minérales doivent absolument être interdits et si l'enfant peut se déplacer pendant la mauvaise saison on conseillera simplement l'hivernage dans un pays tempéré.

Lyon. — *Les badigeonnages de gaïacol chez des tuberculeux, par M.* F. Courmont. — M. F. Courmont a résumé, dans la *Province médicale*, les recherches qui ont été poursuivies dans les hôpitaux de Lyon sur ce nouveau mode de traitement de la tuberculose pulmonaire. Sciolla, Weill, Launois, Lépine, Robillard, Montagnou sont les auteurs qui se sont le plus occupé de l'action du gaïacol, et les résultats obtenus ont été confirmés par M. Courmont. On obtient un abaissement immédiat de la température centrale de tous les tuberculeux soumis aux badigeonnages de gaïacol. Ces effets s'observent avec des doses de 0,50 centigrammes de gaïacol liquide, n'irritant pas la peau. L'abaissement de la température rectale débute quelques instants après le badigeonnage et se poursuit graduellement, de telle façon que le maximum est atteint au bout de 3 heures et demie ou 4 heures ; puis la température remonte après être restée quelque temps stationnaire. Dans les observations de M. Courmont, les minima oscillent entre 35°9 et 36°3.

Les symptômes généraux qui accompagnent l'abaissement de la température peuvent être très effrayants chez les cavitaires et sont habituellement moins accusés chez les granuliques. M. Courmont les résume de la manière suivante : sensation très nette de refroidissement général surtout aux extrémités (tous les malades demandent à être réchauffés à l'aide de couvertures, bouillotes, etc.), sueurs très abondantes, abattement, besoin de sommeil et consécutivement bien-être relatif.

Chez les tuberculeux avancés, les tuberculeux cavitaires, l'action des badigeonnages de gaïacol est déplorable et, d'après M. Bard, la mort en quelques heures peut être la conséquence du traitement. Le collapsus est toujours menaçant et, de plus, la température remonte le lendemain aussi élevée. Les badigeonnages journaliers faits avec de grandes précautions peuvent amener un retour de l'appétit et du sommeil, mais il se produit rapidement un affaiblissement cardiaque qui force à cesser le traitement.

Il faut donc absolument proscrire les badigeonnages de gaïacol chez les tuberculeux cavitaires à la dernière période ; par contre, ils constituent chez les tuberculeux granuliques, non cavitaires, un excellent traitement. Certains tuberculeux éprouvent une amélioration surprenante et durable à la suite des badigeonnages de gaïacol et leur température revient à la normale. Dans les observations de MM. Bard et Courmont, on voit que cette évolutions favorable se montre chez les granuliques ou les chroniques scléreux. Il peut se produire, en trois ou quatre jours, une défervescence complète. Puis la température ne remonte pas et reste oscillante entre 37° et 37°4, l'appétit revient, la dyspnée et la toux diminuent ; les malades se lèvent et augmentent de poids. Ce sont là de bien beaux résultats, et que le gaïacol agisse par action réflexe, comme le croit M. Guinard, ou bien qu'il se produise une absorption cutanée (Sciolla, Launois), en somme, peu importe. Ce qu'il faudrait bien savoir, c'est si les améliorations obtenues se maintiendront longtemps ! or c'est une question à laquelle il est encore impossible de répondre.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Traitement de l'hémoptysie

Chacun sait que l'hémoptysie revêt des allures cliniques très variées et que sa valeur diagnostique diffère beaucoup selon les cas. Il ne s'ensuit pas cependant qu'il doive y avoir autant de traitements que de variétés. Ce qui, en effet, lorsqu'un malade « crache le sang » doit guider l'intervention médicale *immédiate*, c'est l'abondance de l'hémorrhagie bien plus que sa pathogénie. Une fois le symptôme victorieusement combattu, il est évident que l'on doit s'adresser à sa cause, mais le médecin doit d'abord et avant tout, s'occuper de ce symptôme, si effrayant pour le malade et pour ses proches.

Toute hémoptysie, même de médiocre abondance, doit être traitée et, en pratique, il n'y a guère à penser aux hémorrhagies « salutaires » qui peuvent survenir, par exemple, dans des cas de congestions excessives du poumon. Le malade réclame une intervention rapide et presque toujours un traitement actif s'impose.

Soit une hémoptysie non fébrile, peu abondante. Dans ce cas, les moyens purement hygiéniques peuvent suffire et l'on mettra le malade au repos physique et moral ; position étendue, la tête très élevée, travail nul, nourriture très légère, air pur ; ...inutile d'insister. Le malade demandera certainement une potion. C'est le cas de recourir au ratanhia, au perchlorure de fer, à la limonade sulfurique.

1° Extrait de ratanhia......	5 grammes
Véhicule	150 —

Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

2° Solution de perchlorure de fer de D = 1,20....	1 à 4 grammes
Eau distillée..................................	120 —
Sirop de fleurs d'orangers....................	10 —

A prendre par cuillerées

3° Limonade sulfurique : 1 litre dans les 24 heures.

On n'oubliera pas que ce sont là de simples adjuvants, classiques il est vrai, mais de valeur contestable et qui ne sauraient à aucun titre suffire dans le traitement d'une hémoptysie abondante ou tenace.

Dans ce dernier cas, le traitement doit être à la fois externe et interne.

Le traitement externe consiste dans l'emploi des révulsifs : ventouses sèches; ventouses scarifiées au niveau des points congestionnés ; sinapismes sur la poitrine ou bien à distance sur les cuisses. les mollets; applications de glace pendant cinq minutes sur les parties génitales (Gros et Darenberg), ou plus simplement sur les parois de la poitrine si elle ne provoque pas la toux ; compresse de flanelle imbibée de 60 gr. de chloroforme appliquée sur la poitrine et recouverte d'une serviette (Smith).

L'ergotine de Bonjean et d'Yvon est un des meilleurs médicaments internes ; on en injectera sous la peau de 1 à 3 seringues Pravaz par jour. On pourra aussi donner l'ergotine en potion :

Eau distillée..................	100 gr.
Sirop..........................	30 gr.
Ergotine.......................	2 à 3 gr.

L'ergot peut remplacer l'ergotine ou l'ergotinine (cette dernière employée aux doses d'un quart à 1 milligramme) et Comby lui marie volontiers la quinine (utile par son action sur les vaisseaux et chez les paludiques) et la digitale.

Poudre d'ergot de seigle......	āā 0 gr. 10
Poudre de digitale...........	
Sulfate de quinine...........	
Glycérine	q. s.

pour une pilule ; en prendre quatre ou cinq par jour.

Voici une formule du même genre due à Huchard :

Ergotine.................. Sulfate de quinine..........	}	ââ 2 gr.
Poudre de digitale.......... Extrait de jusquiame........	}	ââ 0 gr. 20

pour vingt pilules. En prendre quatre à six par jour.

On a recommandé le sel de cuisine pulvérisé : avaler à sec une demie ou une cuillerée à soupe et boire une gorgée d'eau par-dessus. C'est au moins un moyen que l'on peut employer très rapidement et qui est susceptible d'être indiqué aux malades chez lesquels il y a lieu de redouter l'hémoptysie.

L'antipyrine à la dose de 0,10 à 1 gr. 50 pourra être utile.

L'essence de térébenthine a été très conseillée, on peut en donner 2 à 6 grammes ou (G. Sée) recourir à la terpine (0 gr. 20 à 0 gr. 50).

Trousseau, Peter ont préconisé la médication contro-stimulante que beaucoup de médecins répugnent à employer. Trousseau donnait l'ipéca à dose massive, 2 à 4 gr. en une demi-heure, et cherchait ainsi à provoquer le vomissement. Peter préférait entretenir un état nauséeux prolongé ; on y parviendra facilement en recourant au tartre stibié (0 gr. 20 à 0 gr. 30 dans une potion, une cuillerée à soupe toutes les deux heures). La médication vomitive est contre-indiquée dans les phtisies fébriles, dans les hémorrhagies de la période cachectique qui se produisent dans les cavernes par suite de l'ouverture d'une artériole.

Les injections de morphine, l'opium calmeront la toux qui ne peut qu'être nuisible :

Une hémoptysie très abondante est parfois au-dessus des ressources de l'art (ouverture d'un anévrysme de l'aorte dans les poumons ou les bronches), tandis que, dans d'autres cas, une intervention énergique pourra être suivie de succès. Les médicaments internes seront les mêmes que ceux que nous avons déjà indiqués. On y joindra l'emploi de la ligature des extrémités pratiquée au-dessus des genoux et au-dessous des bras. La compression doit être modérée et il faut que le pouls radial reste bien sensible. On laissera la ligature en place de trois quarts d'heure à une heure, et il est très important de ne la relâcher que progressivement.

Haussmann, dans des cas désespérés, conseille les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine à la dose énorme de 3 milligr. ; il raconte avoir arrêté ainsi des hémorrhagies très graves et qui persistaient malgré les traitements que nous avons indiqués. Ce ne sera que dans les cas immédiatement menaçants pour la vie que l'on sera autorisé à employer ainsi ces doses véritablement énormes d'un médicament aussi actif que l'atropine.

La plupart des ndications que nous venons de donner se rapportent à l'hémoptysie des tuberculeux. Celle des cardiaques est rarement assez abondante pour indiquer un autre traitement que celui de la maladie causale. Dans le cas de congestion passive très marquée, on pourra recourir à la saignée qui, autrefois, était très employée dans les hémoptysies en général. C. F. Smith la considère aussi comme indiquée dans les cas où, malgré un traitement rationnel, l'hémoptysie est très persistante, accompagnée d'éréthisme cardiaque, et si le malade est robuste ; il conseille, du reste, de ne pas tirer plus de 180 à 240 grammes de sang.

Dans l'hémoptysie persistante, tenace, on emploiera les vésicatoires comme révulsifs et on s'adressera à l'ipéca et à l'opium. Ce dernier sera prescrit de la manière suivante : une pilule d'extrait thébaïque de 0,025 d'heure en heure et jusqu'à somnolence (on peut aller jusqu'à 0,25 et même 0,40 par jour), une fois l'hémoptysie arrêtée, on continuera le même mode d'administration pendant 3 jours, puis on diminuera graduellement les doses (Barié).

FORMULAIRE

Vin de Kola. — F. Burié

Kola pulvérisée	60 grammes
Coca incisée	60 —
Alcool 60°	100 —
Acide nitrique	4 —
Sirop d'écorce d'oranges amères	240 —
Vin de grenache	Q. S. pour 2 litres de vin

Faites macérer vingt-quatre heures la kola dans l'alcool (l'amidon qu'elle contient devient ainsi soluble); ajoutez la moitié du grenache tenant en dissolution l'acide nitrique et faites macérer cinq jours. Faites, d'autre part, macérer la feuille de coca dans l'autre partie du grenache. Passez avec expression les deux colorations, filtrez, mêlez et ajoutez le sirop.

COURRIER

Le Conseil général de la Seine vient de donner une somme de 500 francs au comité constitué en vue d'élever un monument à la mémoire du professeur Charcot.

Médecins et pharmaciens. — Un pharmacien de Paris ayant jugé à propos de remplacer, dans une potion formulée par M. le docteur Le Baron, 0,50 centigrammes de musc par de la teinture de musc, le signataire de l'ordonnance a fait la preuve de la substitution et poursuivi le pharmacien responsable.

Voici les principaux considérants du jugement rendu par la 8e chambre du tribunal correctionnel de la Seine.

« Attendu qu'au mépris des règles les plus élémentaires de sa profession, X... a remplacé le musc par une teinture de musc n'ayant pas, et à beaucoup près, les mêmes propriétés ;

« Qu'il a ainsi, arbitrairement, dénaturé l'élément principal du médicament ordonné, de manière à pouvoir le livrer à un prix beaucoup inférieur à celui qu'auraient pu demander d'autres pharmaciens ;

« Qu'il est défendu aux pharmaciens, non seulement de délivrer un médicament sans ordonnance, mais qu'il leur est absolument interdit de substituer une drogue à une autre, ou même de modifier arbitrairement soit la nature, soit les proportions des éléments devant composer le médicament ;

« Par ces motifs,

« Condamne R. (le pharmacien) et L. H. (l'élève), chacun à 500 francs d'amende.

« Les condamne en outre aux dépens. »

— A l'occasion du 71e anniversaire de sa naissance, l'Association des étudiants a offert à Pasteur un exemplaire en argent grand module de la médaille, dont une épreuve en or a été remise à l'amiral Avellan.

La médaille porte sur champ la dédicace suivante de l'Association :

« A Pasteur, son président d'honneur, 27 décembre 1893. »

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Congrès allemand d'hygiène de Wurtzbourg.— Stérilisation du pain et du biscuit dans l'armée — Le paiu de son et le pain de légumine. — Vaccinations chimiques. — Désinfection des cornes, des crins et des laines. — Le typhus en 1893. — La variole à Paris. — Le caravansérail de la Mecque.

En commençant cette année nouvelle, il faut d'abord régler les comptes du passé. Nous avons omis l'an dernier de parler du Congrès d'hygiène qui s'est tenu à Wurtzbourg au mois de mai et nous tenons à réparer cet oubli (1) Ce n'est pas qu'il s'y soit produit des découvertes de premier ordre; les congrès ne sont pas faits pour cela. A notre époque de publicité à outrance les savants qui sont en possession d'une idée nouvelle n'attendent pas pour la révéler au monde qu'un congrès lui ouvre ses portes; mais ces réunions donnent une notion très précise du courant que suivent les études scientifiques et il y a toujours intérêt à connaître la direction dans laquelle elles marchent.

A Wurtzbourg, c'est la bromatologie qui a fait les frais de la plupart des discussions. L'une des questions portées au programme avait pour titre : *Réformes à introduire dans la préparation du pain.* Le professeur K. Lehmann, de Wurtzbourg, chargé du rapport sur ce sujet, a donné à ses auditeurs une assez triste idée du pain qu'on mange en Allemagne. C'est le plus souvent du pain de seigle ou du pain de tout grain, renfermant toujours de l'ivraie dont la proportion peut aller jusqu'à 7,3 pour 100, de la vesce, de la moutarde sauvage, parfois de l'ergot, des fragments terreux et des impuretés de toute espèce, de sorte que le déchet, après le nettoyage s'élève parfois jusqu'à 20 pour 100. Le grain est mal moulu, insuffisamment bluté et une bonne partie du son reste dans la farine.

A la campagne, le pain est trop acide, il est mal travaillé et a mauvais aspect. Le rapporteur conseille, pour l'améliorer, d'ajouter à la farine, moitié de son poids du lait *maigre* qui sort des appareils centrifuges après la préparation du beurre et qui renferme 33 pour 100 d'albumine, mais il préfère encore y ajouter un produit que prépare le docteur Hundhausen, de Hamm, en Westphalie, qu'il appelle *aleuronate* et qui n'est autre que le gluten du blé provenant des amidonneries qu'il a trouvé le moyen de conserver en lui donnant la forme pulvérulente. L'*aleuronate* renferme 80 pour 100 d'albumine, 11 d'hydrocarbonnés et 6 d'eau. Son parfum et son goût sont insignifiants ; il peut se conserver des années. Les recherches de Constanidi, dans le laboratoire de Voit à Munich, celles de Komauth à Vienne, de Max Gurber ont démontré que l'*aleuronate* était l'idéal de l'uti-

(1) Rapport du Comité de la 18e réunion de l'Association allemande d'hygiène publique à Wurtzbourg. (*Deutsche Vierteljahwsschrigt für œffentliche Gesundthects p flège,* 1893, t. XXVI, p. 1. — Analysé dans la *Revue d'hygiène*, t. XV, p. 1079).

lisation de l'albumine végétale. En Suisse, en Allemagne, on l'ajoute aux potages, aux légumes, au pudding, au ragout de pommes de terre ; on le mêle surtout au pain après dix minutes de coction à l'eau. Le pain ainsi préparé n'a rien de particulier ; il convient, suivant le rapporteur, aux malades et aux diabétiques.

Cet éloge n'a pas passé sans protestations. Le docteur Pransnitz (de Munich), a fait judicieusement observer que les amidonneries ne fournissaient pas assez d'*aleuronate* pour que ce produit puisse entraîner une réforme importante dans l'alimentation, que d'ailleurs le public se défie à bon droit de toutes les additions qu'on peut faire à la farine dans la préparation du pain.

Nous sommes complètement de cet avis. Les prétendues améliorations des denrées alimentaires par des principes étrangers à leur composition ouvrent la porte à toutes les falsifications et l'hygiène ne doit pas fournir des armes à la fraude. La question, du reste, ne nous concerne pas. Le pain de nos paysans laisse assurément beaucoup à désirer sous le rapport de la qualité du grain, comme sous celui de la préparation. Les farines qu'ils consomment ne sont pas de première qualité. La pâte n'est pas assez travaillée ; la cuisson est insuffisante ; mais pourtant c'est un aliment bien supérieur à celui qu'on prépare dans les campagnes allemandes, si l'on en croit toutefois le rapport du professeur Lehmann (de Wurtzbourg).

On s'est occupé, à ce même congrès, de l'*emploi qu'on peut faire de la viande repoussée de la consommation à cause de son aspect ou pour des raisons d'hygiène*. Le docteur Lydtin, conseiller supérieur du gouvernement à Calsrhue, était chargé du rapport sur ce sujet.

Après avoir rappelé quelle est en Allemagne la législation relative aux abattoirs, il a fait ressortir le préjudice que cause à l'alimentation la perte des viandes qui ne sont que suspectes, et insisté pour qu'elles soient livrées à la consommation après cuisson préalable. Dans les grandes villes, il n'y a rien de mieux, dit-il, que la prise en régiepar les communes de restaurants ou *bouillons à bon marché*, dans lesquels cette viande est offerte aux clients sous des formes diverses.

Ce sont les viandes d'animaux tuberculeux qu'on pourrait surtout utiliser de cette façon. A l'abattoir de Berlin, du 1er avril au 31 mars 1892, on a constaté la tuberculose sur 21,181 bœufs, dont 2,229 ont été condamnés, ce qui représente une perte subie de 544,480 kilos de viande. Aujourd'hui, à Berlin et à Lubeck, on a adopté la pratique de la stérilisation à l'aide de la vapeur sous pression. Nous avons décrit, l'an dernier, les appareils employés à cet effet par les ingénieurs Becker et Ulmann, ainsi que leur mode de fonctionnement (1) ; on préfère aujourd'hui les étuves de Rohrbeck et de Reitschell-Henneberg, qui reposent sur les mêmes principes (2). Ces opérations n'élèvent pas sensiblement le prix de la viande. Elle se vend de 0 fr. 75 à 1 franc le kilogramme, avec son bouillon par-dessus le marché.

Quant aux viandes qui ne peuvent être réparées, qu'on ne peut sous aucune forme livrer à la consommation, elles doivent être enfouies, brûlées ou livrées à des opérations industrielles.

---

(1) *Union médicale* du 9 février 1893, n° 17, p. 197.
(2) *Revue d'hygiène* du 20 novembre 1892, t. XIV, p. 1027.

Le Congrès, sur la proposition de son président. M. Stübben, a dunné son adhésion aux propositions de M. Lydtin. Nous avons déjà exprimé notre avis sur ce mode d'utilisation des viandes suspectes.

Les autres questions traitées au Congrès de Wurtzbourg portaient les titres suivants : *Les principes d'une alimentation rationnelle et les moyens d'appliquer ces principes à la population pauvre* (rapporteur M. Ludwig Pfeiffer, Privat docent à Munich). *Mesures à prendre pour prévenir le gaspillage de l'eau* (rapporteur M. Kummel, directeur des eaux à Altona). *Nécessité de faire, en ce qui concerne les bâtisses, des ordonnances distinctes pour l'intérieur des villes, pour les cantons extérieurs et pour les alentours* (rapporteurs MM. Adickes et Beaumaister). Nous regrettons de ne pouvoir donner l'analyse de ces travaux ; mais ils n'ont pas présenté un caractère d'originalité suffisant pour nous permettre d'allonger encore ce compte rendu qui a déjà dépassé les proportions que nous comptions lui donner.

Ce n'est pas seulement en Allemagne qu'on s'est occupé du pain l'année dernière. L'Académie des sciences, dans sa séance du 4 décembre, a entendu la lecture d'une note très intéressante de MM. Balland et Masson sur la stérilisation du pain par la fermentation et la cuisson dans le four. On sait que cette question préoccupe depuis longtemps les hygiénistes. Ce n'est pas sans étonnement qu'ils ont constaté combien la pâte est mauvaise conductrice du calorique. Un pain qui a séjourné pendant 40 ou 45 minutes dans un four dont la température oscille entre 200 et 250 degrés n'atteint pas dans ses parties centrales plus de 80 à 85 degrés d'après M. Vallin. La chaleur ne s'élève pas à plus de 60 degrés suivant MM. Ferrier et Pabst et, pour les pains de fantaisie, au dire de M. Brouardel, le pain en sortant du four n'a pas dépassé à son centre 55 degrés. Or, comme les microbes exigent pour leur destruction une température d'au moins 100 degrés, on est forcé, logiquement, d'en conclure que la cuisson du pain n'est pas une garantie certaine contre les organismes que l'eau servant à le confectionner peut y introduire.

Cette crainte est sans doute un peu théorique. La fermentation, le développement des acides viennent en aide à la chaleur pour faire périr les microbes, et ceux qui peuvent résister à cette triple épreuve, trouvent dans le suc gastrique un agent de destruction qui doit les achever. Il ne faudrait pourtant pas se fier d'une manière absolue à ce dernier antiseptique. Il y a des microbes qui ont la vie dure et ce sont précisément les plus dangereux. C'est ainsi que la bactéridie charbonneuse, d'après les expériences de MM. Cadéac et Bournay, conserve sa virulence après un séjour de huit heures dans l'estomac du chien. Chez le même animal, la virulence du bacille de Koch est la même, après un séjour de douze heures dans le tube digestif (1). Tout cela ne serait pas très rassurant si l'innocuité du pain n'était pas démontrée par une expérience assez longue et faite sur une assez grande échelle pour rassurer les plus timides. Cependant, le ministère de la guerre s'en est ému ; il a prescrit aux comités techniques de l'intendance et du service de santé de faire une enquête à ce sujet. MM. Balland et Masson en ont été chargés ; ils ont fait leurs expériences à l'hôpital

(1) Cadéac et Bournay. Rôle microbicide des sucs digestifs et contagion par les matières fécales (*Lyon médical*, 30 juillet 1893, p. 444).

de Vincennes et ils en ont communiqué les résultats à l'Académie des sciences le 4 décembre, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Leurs recherches les ont conduits aux résultats que nous avons fait pressentir ; elles leur ont prouvé que, dans les manutentions militaires, le pain et le biscuit sont stérilisés en sortant du four. Voici, du reste, les quatre conclusions qui terminent leur mémoire :

1° Les microbes apportés par l'eau, pendant le travail de panification, ne résistent pas à l'action combinée de l'acidité des pâtes et de la température à laquelle elles sont soumises dans le four.

2° Ces deux facteurs, acidité et chaleur, assurent pratiquement la stérilisation du pain et du biscuit.

3° Du moment où l'acidité diminue sensiblement, comme dans les pâtes préparées avec les levures, la stérilisation n'est plus assurée au même degré.

4° Dans tous les cas, les germes pathogènes, le bacille typhique et le bacille du choléra en particulier, qui offrent une faible résistance à la chaleur, doivent nécessairement être détruits.

Nous avons vu précédemment que les Allemands signalaient la présence du son dans le pain de leurs paysans comme une cause d'infériorité ; beaucoup d'hygiénistes le considèrent au contraire comme un élément utile. Ils estiment que la perfection avec laquelle la farine est blutée aujourd'hui la prive de principes qui en rendraient la digestion plus facile. Le docteur Gallavardin est de cet avis (1). A ses yeux, le son est une substance essentiellement alimentaire. Il renferme à la vérité 6 pour 100 de ligneux de plus que la farine brute; mais il contient aussi plus de substance azotée, le double de matière grasse et on y trouve même deux principes aromatiques qui manquent à la fleur de farine. Il en résulte que, par le blutage, on appauvrit le blé dans son azote, dans sa graisse, dans sa fécule, dans ses principes aromatiques et sapides, pour le débarrasser de quelques millièmes de ligneux.

L'auteur rappelle l'expérience de Magendie dans laquelle un chien nourri exclusivement de pain blanc mourut au bout de cinquante jours, tandis qu'un autre chien nourri avec du pain contenant son et farine, vécut indéfiniment sans aucune altération dans la santé.

Dans le but de conserver au pain les éléments utiles du son, tout en éliminant son ligneux, M. Gallavardin a imaginé de faire pétrir la farine avec de l'eau dans laquelle on a fait bouillir du son, pendant une demi-heure, dans la proportion de 500 grammes pour deux litres d'eau. On fait passer le liquide ainsi obtenu à travers une pièce de gros molleton et, quand il n'est plus que tiède, on s'en sert pour pétrir la farine. Le pain préparé de cette façon a un léger goût de noisette et est très nourrissant.

On sait que certains dyspeptiques ne peuvent pas digérer le pain de froment; M. Boret a imaginé, pour le remplacer, un pain fabriqué avec la légumine. Il le préconise dans les gastralgies et les dyspepsies aiguës et chroniques et l'a présenté le 13 décembre dernier à la Société de thérapeutique.

La facilité avec laquelle on s'habitue aux poisons végétaux est connue

(1) Gallavardin. Pain économique, savoureux, nourrissant, fabriqué avec de la farine pétrie dans du bouillon de son (Lyon médical, 2 juillet 1893, page 279).

depuis 2,000 ans, puisque c'est Mithridate qui en a fourni le premier exemple; mais l'idée d'en tirer parti au point de vue de la prophylaxie des maladies infectieuses est d'origine contemporaine. Tout récemment, M. Rummo a fait connaître, dans la *Riforma medica*, les expériences très curieuses qu'il a faites à ce sujet. Il s'est demandé si, en accoutumant un animal à un poison convulsivant végétal, comme la strychnine, on ne le rendrait pas, du même coup réfractaire à un poison convulsivant d'origine bactérienne comme la toxine du tétanos. Pour s'en assurer, il a soumis des cobayes, pendant dix ou douze mois, à l'absorption répétée toutes les semaines de 2 à 3 milligrammes de strychnine. Au bout de ce temps, il leur inocula le tétanos en même temps qu'à des animaux non préparés. Ces derniers mouraient tous du 17e au 18e jour, tandis qu'aucun des animaux strychninés ne présenta de symptômes tétaniques.

Ces expériences, bien que bornées à une seule substance, offrent de l'intérêt; mais elles ne sont pas nouvelles. Elles ont été faites il y a longtemps déjà par M. Peyraud (de Libourne) et publiées dans la *Revue Scientifique* (numéro du 27 septembre 1890, p. 412).

Dans sa séance du 24 novembre dernier, le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a reçu communication d'un rapport du docteur Lancereaux sur *la désinfection des cornes, des crins, des laines*, etc.

Les cas de pustule maligne ne sont pas rares dans les ateliers où on travaille ces substances. Les cornes sont surtout dangereuses pendant la série d'opérations qu'elles subissent. Celles du *dolage* principalement, en raison de la grande vitesse imprimée à la doloire qui projette dans tous les sens des fragments aigus qui blessent parfois les ouvriers aux mains et au visage. La plupart des faits de pustule maligne observés dans les hôpitaux sont dus à cette cause. Pour éviter ces redoutables accidents, M. Lancereaux propose d'imposer aux industriels l'obligation de soumettre les cornes, avant le dolage, à deux heures d'ébullition, ou à une demi-heure de séjour dans un bain de vapeur, de les inviter à fournir aux ouvriers des gants de caoutchouc, pour préserver leurs mains et leurs avant-bras et de placer entre eux et l'instrument une toile métallique très fine.

Dans les usines où on travaille le crin et la laine, la ventilation sera assurée, et les ouvriers auront toujours à leur disposition de l'eau et du savon pour se laver le visage, se nettoyer les mains et les ongles, en quittant le travail et pendant sa durée. Un avis affiché dans toutes les usines indiquera aux ouvriers le danger que peut leur faire courir toute érosion de la peau en les invitant, dans ce cas, à réclamer immédiatement les soins du médecin de l'établissement.

Ces conclusions ont été adoptées par le conseil d'hygiène.

L'Académie de médecine, dans sa séance de mardi dernier, a entendu la lecture d'une note de M. A. Proust, sur le *typhus exanthématique en France en* 1893, *sur la situation actuelle relativement à cette maladie et sur l'importance d'un diagnostic précoce, au point de vue de la prophylaxie* (1).

Après avoir rappelé des faits déjà signalés au cours de la dernière épidémie, il a insisté sur son origine bretonne aujourd'hui bien démontrée,

(1) Voir le compte rendu de la séance, dans le numéro du 4 janvier de l'*Union médicale*.

sur sa contagiosité si caractéristique, si fatale aux médecins, aux religieuses et aux infirmiers, et sur son mode de transmission qui, partout, est l'œuvre des vagabonds et des gens sans aveu qui vont errant de ville en ville. Il a annoncé de plus que la maladie venait de faire un retour offensif, qu'il y en avait eu quelques cas à Paris, à Amiens, à Lille et à Reims, où trois vagabonds venus du village de Bezanes ont contagionné une religieuse et un infirmier. Cette petite recrudescence n'est pas de nature à causer des inquiétudes.

La variole est en décroissance à Paris. Elle a pourtant causé 17 décès la semaine dernière et a nécessité la fermeture de trois écoles municipales, celles de la rue Vanneau, de la rue du Ranelagh et de la rue du Jourdain ; mais le nombre des cas nouveaux est beaucoup moindre. Il n'est entré que 56 varioleux aux hôpitaux, du 24 au 31 décembre, au lieu de 108 qui y avaient été admis la semaine précédente. La mortalité à Paris est toujours aussi faible. Il n'y a eu que 962 décès pendant la dernière semaine de 1893, au lieu de la moyenne de 1,029 qui est celle des années précédentes. Il est à craindre que les froids excessifs qui viennent de se produire si brusquement ne modifient cette situation.

D'importantes mesures ont été prises en Orient pour combattre le choléra dans sa source. Un iradé impérial a ordonné la construction, à la Mecque, d'un vaste caravansérail pouvant contenir 1,000 pèlerins pauvres, avec un hôpital de 400 lits, muni d'eaux potables de bonne qualité, de salles de bains, d'étuves à désinfection, etc. Un hôpital de 200 lits sera également créé à Mina. Des médecins et des pharmaciens y seront envoyés tous les ans à l'époque du Ramazan. Le sultan a donné 30,000 livres turques sur sa cassette particulière pour l'accomplissement de ces travaux et le trésor supportera le reste de la dépense. On ne peut qu'applaudir à de pareilles mesures ; mais il faut attendre pour voir de quelle façon elles seront exécutées. Nous reviendrons, du reste, sur cette question des pèlerinages.

En Russie, on est plus expéditif. Récemment, le choléra s'étant déclaré à Vilna et menaçait; d'y prendre une grande extension on a cerné un îlot de dix maisons où le foyer de la maladie s'était concentré et on y a mis le feu. C'est le gouvernement qui a pris sur lui de recourir à ce moyen radical, dont l'exécution a été dirigée par le colonel des pompiers, pendant qu'un cordon de troupes et de forçats empêchait d'approcher de cet immense brasier.

Jules Rochard.

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine et la déclaration obligatoire en cas de maladies épidémiques

Samedi 30 décembre, a paru au *Journal officiel* l'arrêté ministériel fixant définitivement les maladies dont la déclaration est désormais obligatoire pour le médecin. Cet arrêté est précédé d'une circulaire aux préfets, datée du 1er décembre, et relative à l'application de la loi sur l'exercice de la médecine. Il nous paraît nécessaire de donner cette circulaire *in extenso*, malgré sa longueur, en raison des questions qu'elle soulève.

Voici cette circulaire :

Monsieur le préfet,

Je vous adresse deux exemplaires de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine qui, aux termes de l'article 34, est exécutoire à dater de ce jour.

Cette loi contient des prescriptions concernant les études en vue des diplômes de médecin, de chirurgien-dentiste, sage-femme ; il appartient à M. le ministre de l'instruction d'en assurer l'exécution. Elle renferme également des dispositions relatives à l'exercice de la médecine proprement dit.

Déclaration des cas de maladies épidémiques. — Mesures à prendre. — Une des dispositions les plus importantes de la loi, parce qu'elle a pour but d'assurer la protection de la santé publique, est l'obligation imposée par l'article 15 à tout docteur, officier de santé ou sage-femme, son diagnostic établi, de faire à l'autorité publique la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation. Le même article charge le ministre de l'intérieur d'arrêter, d'une part, la liste des maladies épidémiques dont la vulgarisation n'engage pas le secret professionnel, et, d'autre part, le mode de déclaration desdites maladies.

Vous trouverez joint à la présente circulaire un arrêté, en date du 23 novembre, qui contient dans son article 1er la liste des maladies dont il s'agit, dressée, conformément à la loi, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

La déclaration obligatoire se justifie d'elle-même.

« Il est impossible, disait le rapporteur de la loi au Sénat, d'organiser l'hygiène dans une ville, dans une commune, si la municipalité, si le bureau d'hygiène qui la représente dans un certain nombre de nos grandes villes françaises ne sont pas prévenus, au début d'une épidémie, de chaque fait de maladie épidémique qui se présente dans la ville ou dans la commune. Il faut connaître le mal dès son apparition, sa localisation dans telle maison, dans tel quartier, pour y porter un remède efficace. »

C'est donc l'intérêt qu'à le corps social à connaître dès son apparition une maladie épidémique qui a conduit le législateur à faire de la dénonciation de cette maladie une obligation pour les médecins.

« C'est là, en quelque sorte, disait le rapporteur de la loi à la Chambre des députés, le prix du monopole concédé aux médecins par l'Etat. » Et le rapporteur de la loi au Sénat exprimait la même opinion : « Il est juste que l'administration demande au corps médical des services d'intérêt public en même temps qu'elle lui octroie des privilèges. »

L'article 15 n'est du reste pas une innovation ; il étend à certaines maladies épidémiques l'obligation que l'article 13 de la loi du 3 mars 1822 impose au médecin de dénoncer immédiatement tous cas de choléra, de fièvre jaune ou de peste. Cette obligation n'est pas considérée par les juges les plus compétents comme imposant au médecin la violation du secret professionnel. L'obligation nouvelle de déclarer à l'autorité publique les cas de scarlatine, de diphtérie, de fièvre typhoïde, etc., n'est pas davantage contraire au devoir professionnel de secret. La dénonciation à l'autorité publique n'est pas une révélation dans le sens de l'article 378 du code pénal. Par exemple, un médecin ne trahit pas le secret professionnel lorsqu'il délivre à l'administration, qui a, elle aussi, le devoir d'observer le secret, nn certificat permettant de séquestrer un aliéné dangereux.

Sans doute, il peut se rencontrer que le devoir du secret résulte non pas de la nature propre de la maladie, mais des circonstances spéciales, exceptionnelles, dans lesquelles cette maladie se produit. Pour la plupart des maladies épidémiques, ces cas seront extrêmement rares. Si, dans une telle occurrence, un médecin était poursuivi pour défaut de déclaration, il justifierait que les circonstances étaient telles qu'il ne pouvait avertir l'autorité publique, et provoquer par conséquent certaines mesures prophylactiques sans manquer à son devoir professionnel.

Pour une des maladies portées sur la liste, le fait pourra se présenter avec une

certaine fréquence. Je veux parler des infections puerpérales. Des scrupules se sont élevés à cet égard chez beaucoup de médecins ; les services spéciaux, les personnes s'occupant des questions intéressant les nouveau-nés ont manifesté des appréhensions. Le rapporteur de la loi au Sénat semblait croire que l'article 15 ne s'appliquait pas aux infections puerpérales. Je n'ai pas cru devoir les supprimer de la liste dressée par l'Académie de médecine et le comité consultatif d'hygiène publique, mais j'ai jugé nécessaire d'accompagner leur indication d'une réserve formelle. La déclaration de l'infection puerpérale ne sera obligatoire qu'autant que le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé. Il ne suffit donc pas, pour dégager le médecin du devoir de la déclaration, que le secret ait été demandé sur le fait de l'infection, il faut qu'il ait été demandé sur le fait même de la grossesse. C'est seulement dans le cas où la connaissance de l'infection puerpérale révèlerait une grossesse qu'il y a intérêt à cacher, que le médecin ne sera pas tenu d'en faire la déclaration.

Le gouvernement n'avait pas manqué de signaler aux Chambres les considérations qui, hors ces cas exceptionnels, établissent la nécessité et la légitimité de la déclaration. Voici en quels termes il faisait connaître son opinion dans l'exposé des motifs du projet de loi :

« Le gouvernement n'a point hésité non plus à suivre la commission chargée, sous la précédente législature, d'examiner les projets relatifs à l'exercice de la médecine dans la proposition qu'elle avait taite de rendre obligatoire la déclaration par le médecin des cas de maladies transmissibles. Il a pensé, comme le comité consultatif d'hygiène publique, que les éléments constitutifs du secret professionnel ne se rencontrent pas pour la presque totalité des maladies épidémiques et que tout médecin doit être tenu de faire à l'autorité publique la déclaration des maladies transmissibles tombées sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel.

« Cette question est depuis longtemps à l'ordre du jour de toutes les assemblées médicales et elle a souvent fait l'objet des préoccupations des pouvoirs publics. Dans un grand nombre de pays étrangers (Angleterre, Suisse, Italie, Allemagne, Autriche-Hongrie, Pays-Bas, Etats-Unis), elle est réglée par la loi, et l'exécution des mesures administratives qu'elle comporte ne donne lieu à aucune difficulté. En France, l'Académie de médecine, le comité consultatif d'hygiène publique de France, l'association générale des médecins de France, nombre de conseils d'hygiène, de sociétés médicales dans les départements, en ont fait l'objet de vœux explicites. Les congrès internationaux d'hygiène se sont prononcés dans le même sens. Partout l'on est unanime à penser que cette déclaration est indispensable au fonctionnement des services d'hygiène publique.

« Les médecins légistes eux-mêmes — on le voit par le rapport de M. le Président du Comité consultatif d'hygiène publique de France — reconnaissent que, pour ces maladies, les exigences du secret professionnel n'existent que très exceptionnellement et qu'elles ne sauraient faire obstacle à l'intérêt de la santé publique. D'ailleurs, la législature et la jurisprudence actuelles mettent à cet égard le corps médical aux prises avec des difficultés qu'il devient nécessaire d'aplanir par des dispositions législatives.

« Le corps médical ne s'est jamais refusé à admettre que la société, en lui accordant certains privilèges, exige de lui quelques services, et les médecins ont assez souvent payé de leur personne et de leur dévouement dans les épidémies pour qu'on soit certain qu'ils prendront volontiers leur part de responsabilité et d'action dans les mesures destinées à sauvegarder la santé publique.

« La déclaration des cas de maladies transmissibles est donc l'une des charges mêmes la profession médicale, et c'est répondre à la fois aux intérêts des médecins, des

malades et de la société tout entière que de l'inscrire, comme on l'a maintes fois demandé, dans la loi sur l'exercice de la médecine.. »

Telles sont, Monsieur le préfet, les idées dont vous vous inspirerez pour obtenir, des médecins qui exercent dans votre département, le concours dont l'administration sanitaire a besoin et dont la loi nouvelle leur fait un devoir. Je ne doute pas que vous ne réussissiez à écarter les scrupules mal fondés, et à assurer sur tous les points l'exécution de la loi.

Quant au mode de déclaration, il est du devoir de l'administration de faciliter par tous les moyens l'accomplissement de l'obligation imposée dans l'intérêt de la santé publique. A cet effet, j'ai décidé, sur l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique, que la déclaration se ferait à l'aide de cartes postales détachées d'un carnet à souche et que ces carnets seraient mis gratuitement à la disposition des déclarants. Les cartes devront porter la mention de la maladie observée et les indications nécessaires pour trouver facilement la maison où la maladie s'est produite; ce sont là deux conditions essentielles sans lesquelles la déclaration serait inefficace. La déclaration devra être datée. Pour tenir compte, dans la mesure compatible avec l'exécution de la loi, de certains scrupules, la nature de la maladie sera désignée par un numéro d'ordre correspondant à une nomenclature inscrite à la première page du carnet. Le médecin ne sera pas tenu de signer sa déclaration; un numéro inscrit sur chacune des feuilles de son carnet suffira pour le faire reconnaître par l'administration. La carte porte : « Nom et adresse du malade », parce que, dans la plupart des cas, il serait malaisé de trouver la maison contaminée si l'on ne connaissait pas le nom du malade; mais l'indication de ce nom n'est pas une formalité essentielle, et le médecin ne serait pas tenu de l'inscrire s'il pouvait, sans le faire, désigner la maison d'une façon suffisamment précise. Enfin, un petit espace sera réservé sur la carte pour que le médecin y mentionne, s'il le juge convenable, les mesures de prophylaxie que la circonstance lui paraîtra comporter.

L'arrêté du 23 novembre décide que l'autorité publique chargée de recevoir la déclaration sera représentée par le maire de la commune habitée par le malade et par le sous-préfet de l'arrondissement; la déclaration devra donc être adressée à la fois au maire et au sous-préfet (au préfet, dans l'arrondissement chef-lieu; à Paris, au préfet de police). Les carnets seront disposés à cet effet, chaque déclaration comportant deux avis adressés d'avance, l'un au sous-préfet, l'autre au maire. Des démarches sont faites en ce moment près de mon collègue M. le ministre du commerce pour obtenir qu'il accorde à ces déclarations le bénéfice de la franchise postale. Quand une décision aura été prise dans ce sens, il suffira au médecin qui vient d'observer un cas de fièvre typhoïde, par exemple, d'inscrire sur chacune des deux déclarations reliées ensemble à la souche une adresse, celle du malade, et un numéro, celui de la fievre typhoïde; d'écrire au dos de l'une des cartes, celle destinée au maire, le nom de la commune, et sur l'autre le nom de l'arrondissement où réside le malade, et de jeter les deux cartes à la première boîte aux lettres qui se trouvera sur son trajet. L'on reconnaîtra qu'il est difficile de simplifier davantage les écritures.

A quel moment le sous-préfet et le maire devront-ils être prévenus? L'article 15 dispose que tout praticien est tenu de faire la déclaration « son diagnostic établi », c'est-à-dire aussitôt que son diagnostic est établi. Cette interprétation résulte avec évidence du but que s'est proposé le législateur en rendant la déclaration obligatoire, et qui est de permettre de porter immédiatement le remède là où est le mal. M. Cornil a écarté la proposition de faire faire la déclaration par le chef de famille, à cause des retards que ce circuit pourrait entraîner. « Pour peu que le chef de la famille ou ses ayants droit,

écrivait M. Cornil, mettent de la négligence à faire la déclaration prescrite par la loi et que le médecin lui-même, dont la responsabilité ne serait plus directement en jeu, attende un jour avant d'avertir l'autorité, celle-ci ne serait prévenue de l'apparition d'une maladie épidémique que trente-six ou quarante-huit heures après sa constatation. La maladie épidémique aurait eu le temps de se propager aux membres de la famille, à la maison habitée par elle et aux personnes qui s'y rendent journellement pour leurs relations ou leurs affaires. » C'est donc sans aucun retard, au moment même où son diagnostic est établi, que le médecin doit faire la déclaration.

C'est encore la nécessité d'agir immédiatement qui a rendu nécessaire la double déclaration. Si, en effet, le maire néglige ou refuse de prendre les mesures que commande la protection de la santé publique, il importe que le préfet, en vertu de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, puisse se substituer à lui. Il faut donc que l'administration départementale soit informée indépendamment de la municipalité. Elle le sera par l'intermédiaire du sous-préfet.

La déclaration reçue, que devra faire le maire? Que devra faire le sous-préfet?

Chaque mairie sera pourvue par vos soins d'un ou plusieurs exemplaires de mon arrêté du 23 novembre. Cet arrêté porte la liste numérotée des maladies dont la déclaration est obligatoire, et cette liste est conforme à celle qui sera imprimée sur la couverture du carnet des médecins. Le maire n'aura donc aucune peine à savoir quelle est la maladie dont un cas vient de se produire dans sa commune. Les maladies transmissibles ont fait l'objet d'une instruction générale du Comité consultatif d'hygiène publique de France, et chacune d'elles l'objet d'uue instruction sépciale. Le maire se reportera à ces documents et, par tous les moyens dont il dispose, il s'efforcera de faire exécuter les prescriptions qu'ils contiennent. Il recommandera surtout de ne laisser approcher du malade que les personnes qui sont nécessaires pour le soigner et de détruire ou de désinfecter avec un soin extrême tous les objets ayant été en contact avec lui. Si le malade est pauvre, le maire jugera sans doute qu'il est de grand intérêt pour la commune, en vue d'éviter les contagions, de fournir gratuitement les désinfectants. Si la maladie déclarée est la variole, le maire devra faire connaître à ses administrés que la vaccination ou la revaccination est le seul moyen efficace d'empêcher la transmission du mal, et s'entendra avec un médecin pour que cette opération soit faite. Du vaccin animal sera, sur sa demande, immédiatement et gratuitement fourni par l'Académie de médecine.

En agissant ainsi, le maire ne fera d'ailleurs que « prendre les mesures nécessaires pour prévenir les épidémies », ce qui est un des devoirs que lui impose l'article 97 de la loi du 5 avril 1884.

Le sous-préfet devra veiller à ce que les instructions du Comité consultatif soient entre les mains du maire et s'assurer que les prescriptions ci-dessus sont exécutées. Plus il s'occupera avec rapidité et d'une manière méticuleuse du premier cas d'une maladie transmissible, moins il aura à combattre d'épidémies.

Si plusieurs cas de la même maladie venaient à se produire, si ainsi un foyer épidémique était créé, le sous-préfet enverrait immédiatement sur place le médecin des épidémies. Il vous préviendrait, et à votre tour, vous voudriez bien m'informer de toute épidémie qui aurait un caractère bien déterminé et me faire connaître en détail les mesures prises pour la combatte. Pour chaque cas particulier, j'examinerais avec vous la conduite à tenir.

Même en dehors des épidémies, vous observerez avec soin les déclarations faites par les médecins en exécution de la loi. Vous connaîtrez ainsi les localités dans lesquelles prévaut telle ou telle maladie. Cette étude sera pour vous la plus utile préparation à

l'exécution future de la loi pour la protection de la santé publique dont le projet a été adopté par la Chambre des députés et qui est actuellement soumis aux délibérations du Sénat.

J'ai dit que chaque feuille du carnet devra porter un numéro permettant de connaître de quel praticien elle émane. Je vous prie de faire dresser une liste complète des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes exerçant dans votre département, et de donner à chaque praticien un numéro. Un exemplaire de cette liste devra être remis à chacun de MM. les sous-préfets. Après l'avoir dressée, vous me ferez connaître combien vous désirez recevoir de carnets (chaque carnet comprendra vingt déclarations doubles).

Les autres dispositions de la loi du 30 novembre 1892, en tant qu'elles concernent l'exercice de la médecine proprement dit, ne me paraissent motiver de ma part, du moins pour le moment, que deux observations.

Vaccination par les sages-femmes. — Aux termes de l'article 4, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques. Depuis un grand nombre d'années, les sages-femmes font ces opérations. Tous les ans un certain nombre d'entre elles reçoivent des récompenses, des médailles sur la proposition de l'Académie de médecine pour leur zèle à propager la vaccine. Le législateur a tenu à consacrer cette pratique utile par une autorisation formelle.

Exercice de la médecine par les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine. — L'article 6 permet aux internes des hôpitaux nommés au concours, et aux étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, d'exercer, avec l'autorisation du préfet, la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

L'autorisation du préfet est limitée à trois mois : elle est renouvelable. « Cette disposition nous semble indispensable, disait M. le professeur Brouardel dans un rapport présenté au comité consultatif d'hygiène publique de France sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine ; actuellement, en temps d'épidémie, on fait appel au zèle de ces jeunes gens, on applaudit à leur courage, parfois on les récompense, et même quelquéfois on les décore, mais ils exercent illégalement ; on pourrait les poursuivre. Il en est de même dans le cas de remplacement d'un médecin temporairement empêché d'exercer. C'est, en réalité, la régularisation d'une situation parfois encouragée, souvent tolérée, quelquefois poursuivie. »

Si l'application des dispositions dont je viens de vous entretenir ou de toute autre partie de la loi du 30 novembre 1892 donnait lieu à des difficultés, vous voudriez bien m'en référer. Pour l'établissement des statistiques qui devront être faites ultérieurement et la publication des listes prévues aux articles 9 et 10, vous recevrez des instructions spéciales.

Recevez, etc.

Voici le texte de l'arrêté ministériel :

Article premier. — La liste des maladies épidémiques prévue par l'article 15 de la lo du 30 novembre 1892 est dressée de la manière suivante :

1° La fièvre typhoïde ; 2° le typhus exanthématique ; 3° la variole et la varioloïde ; 4° la scarlatine ; 5° la diphtérie (croup et angine couenneuse) ; 6° la suette miliaire ; 7° le choléra et les maladies cholériformes ; 8° la peste ; 9° la fièvre jaune ; 10° la dysenterie ; 11° les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ; 12° l'ophtalmie des nouveau-nés.

Art. 2. — L'autorité publique qui doit, aux termes de l'article 15 sus-visé, recevoir les déclarations des maladies épidémiques, est représentée par le sous-préfet et par le

maire. Les praticiens mentionnés dans ledit article 15 devront faire la déclaration à l'un ou à l'autre, aussitôt le diagnostic établi.

Art. 3. — La déclaration se fait à l'aide de cartes détachées d'un carnet à souche qui portent nécessairement la date de la déclaration, l'indication de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature inscrite à la première page du carnet. Elles peuvent contenir, en outre, l'indication de mesures prophylactiques jugées utiles.

Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs, officiers de santé et sages-femmes.

COURRIER

Légion d'honneur.—Sont nommés: *Commandeurs* : M. le directeur du service de santé à Lorient, M. le docteur Martialis. — *Officiers* : MM. les docteurs Claudot, Jeunehomme, Carayon, Grouille, Cazalas, Linares (armée active) ; M. Mathis, médecin de la marine. — *Chevaliers* : MM. Vinsac, Lamps, Monart, Mari, Panabosc, Marmonier, Martin, Dionis Duséjour, Ebstein, Favier, Hugues, Lèques, Louis Redon, Chavier, Gazin, Cristan, Ribes, Auger, Biéchy, Génin, Merz, Gatrin (armée active); Goubeau (territoriale); David, Touchet, Esclargon, Bourdon, Bahier, Mathé, Plagneux, Dedet (marine).

A l'inauguration de la nouvelle clinique des Quinze-Vingts, M. Raynal, ministre de l'intérieur, a remis la croix de la Légion d'honneur à M. le docteur Trousseau.

Officiers : Docteur Millard, médecin à l'hôpital Beaujon ; docteur Demons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ;

Chevaliers : Les docteurs Faisans, Moutard-Martin, Rendu, médecins des hôpitaux de Paris ; le docteur Galippe, le docteur Garnier, médecin du Dépôt.

Hopitaux de Bordeaux. — M. Villar, agrégé à la Faculté de médecine, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux.

— M. Pasteur a accepté la présidence d'honneur du Comité constitué pour l'érection d'un monument à Charcot.

Hopital Trousseau. — M. le professeur Lannelongue reprendra le 10 janvier ses cliniques du mercredi sur la chirurgie infantile et les continuera les mercredis suivants à neuf heures.

— Le Conseil municipal vient de voter 2,000 francs pour l'installation d'un laboratoire de chirurgie à l'hôpital des Enfants-Assistés, dans le service de M. Kirmisson.

Reims. — *Ecole de médecine* ; M. Henriot, professeur d'hygiène et de thérapeutique, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie interne.

3e congrès international d'hydrologie et de climatologie

— Le 3e Congrès international d'hydrologie et de climatologie s'ouvrira à Rome le 29 mars prochain, parallèlement au Congrès international de médecine.

Il est à présumer que l'Allemagne y sera grandement représentée. Il importe que la France n'y fasse pas moindre figure.

Je viens prier ceux de nos confrères qui s'intéressent aux questions dont ce congrès est l'objet, d'y adresser des communications qui témoignent de la part que nous prenons aux études hydrologiques et météorologiques, et ceux d'entre eux qui sont en position de le faire, d inviter les institutions hydrologiques ou météorologiques à se faire représenter à l'exposition qui accompagnera le congrès.

Ces sortes de solennités comportent des luttes pacifiques sur le terrain de la science auxquelles personne ne doit se soustraire, pas plus qu'à tout autres.

Le président honoraire du Congrès international d'hydrologie et de climatologie et de la Société d'hydrologie médicale de Paris,

Dr Max Durand-Fardel

4 janvier 1894.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôtel-Dieu. — M. le professeur S. Duplay

—

De l'hydronéphrose intermittente

Leçon recueillie par Mlle Dr A. Demoulin, chef de clinique.

Messieurs,

Il y a quelques jours, un confrère de la ville m'amenait un de ses malades, homme de 34 ans, exerçant la profession de coiffeur, et qui portait, prétendait-on, une tumeur du flanc droit. Le malade fut couché sur un lit et je constatai, en effet, la présence d'une tumeur liquide sous-hépatique, occupant le flanc droit, et descendant jusqu'à la crète iliaque ; je pensai à un kyste hydatique, mais je fis les plus grandes réserves à ce sujet, me promettant d'examiner à tête reposée cette tumeur, lorsque le malade serait entré dans nos salles. Quatre ou cinq jours après notre premier examen, il était hospitalisé et je ne fus pas médiocrement surpris en constatant que la tumeur avait disparu ; mais, une palpation attentive me révéla bientôt l'existence du même côté d'un rein flottant. Je pensai qu'il devait y avoir une relation entre ce déplacement du rein droit et l'apparition d'une tumeur liquide dans le flanc correspondant, d'autant que le malade nous apprit alors pour la première fois, qu'il avait remarqué l'apparition et la disparition de la tumeur que nous avions observée.

En l'interrogeant, il nous fournit les renseignements suivants :

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Le malade étant enfant aurait eu le carreau, il est un peu névropathe, vigoureux, bien constitué, il n'accuse point de troubles digestifs, n'a pas de dilatation de l'estomac, n'est point neurasthénique.

Il y a quatre ans que l'affection pour laquelle il vient réclamer nos soins, a débuté. A cette époque, à la suite d'une fatigue légère, du moindre effort, il a commencé à ressentir de la gêne, de la pesanteur dans le flanc droit. Quelques frictions sur le point douloureux, la flexion du tronc du côté intéressé suffisaient à les faire disparaître. Les crises ne se produisaient d'abord qu'à de rares intervalles, puis elles se sont rapprochées et aujourd'hui enfin, elles sont *hebdomadaires* et même *dominicales*. Ce qui s'explique par la profession de notre homme qui, comme vous le savez, est coiffeur ; il travaille surtout le samedi, il se surmène ce jour-là et c'est le lendemain que se montrent dans le flanc droit de la gêne, de la pesanteur, une douleur plus ou moins vive, une tuméfaction, enfin, dont le malade se rend parfaitement compte. Ces symptômes sont moins accusés après vingt-quatre heures de repos, et, au bout de trois ou quatre jours, tout est rentré dans l'ordre. J'ajoute qu'il y a eu, à différentes reprises, des irradiations dans l'épaule droite et que la tuméfaction du flanc, qui ne disparaît que lentement aujourd'hui, s'affaissait, il y a quelques mois encore, dès le lendemain du début de la crise.

Pendant trois jours, j'ai fait marcher le malade, dans l'espoir, non réalisé, de voir réapparaître la tumeur ; il me proposa de quitter l'hôpital le

samedi matin et d'aller exercer son métier de coiffeur, m'affirmant qu'il rentrerait le lundi suivant avec sa tumeur.

Le malade avait dit vrai et voici ce que je constatai à son retour à l'Hôtel-Dieu. A la vue, un soulèvement de la paroi abdominale antérieure au niveau du flanc droit; rien d'anormal du côté de la région lombaire correspondante. La palpation me permit de reconnaître une tumeur étendue du rebord des fausses côtes droites à la fosse illiaque, arrivant jusqu'à la ligne médiane. Je pus y distinguer deux lobes. L'un externe, plus petit, limité en dehors par un bord convexe, dur, résistant, donnant par sa forme et surtout par sa consistance, l'idée d'un rein; l'autre interne, beaucoup plus volumineux, à contours difficiles à préciser, mat à la percussion, résistant et fluctuant. La tumeur, dans son ensemble, est mobile dans le sens transversal, absolument immobile de haut en bas. Je n'ai point cherché le ballottement, auquel je n'accorde que peu de valeur, quelques-uns de ceux qui ont examiné le malade l'ont trouvé. Je n'ai point constaté la présence du côlon au-devant de la masse bilobée qui occupe le flanc droit.

Quand il n'y a pas tumeur, la grosse masse rénitente et fluctuante manque, on ne trouve que le rein qui ne paraît pas augmenté de volume, qui jouit d'une mobilité excessive, et qu'on réduit facilement dans la fosse lombaire.

Qu'est-ce donc que cette deuxième tumeur à la partie externe de laquelle le rein est comme accolé lorsque le flanc est tuméfié ?

Il ne me semble pas y avoir de doute à cet égard. On ne saurait songer aux tumeurs fantômes, aux tumeurs imaginaires des hystériques. Il existe bien chez notre malade, mais d'une façon intermittente seulement, dans le flanc droit, une tumeur résistante et fluctuante.

Or, il existe une maladie caractérisée par l'apparition intermittente d'une tumeur liquide liée à la présence du rein mobile ; c'est

L'hydronéphrose intermittente

Vous savez, Messieurs, ce que c'est que l'hydronéphrose. On désigne sous ce nom la distension du bassinet par l'urine aseptique résultant d'une obstruction de l'uretère.

L'hydronéphrose *permanente* est bien connue, et depuis longtemps, grâce aux travaux de Rayer, on n'a guère ajouté à la description de ce grand médecin.

Il n'en est pas de même de l'hydronéphrose *intermittente*, bien que la fameuse observation de Tulpius (1672) en soit un type parfait, la tumeur se reproduisant à chaque pleine lune. Cette variété n'a été bien étudiée que dans ces dernières années par Morris, Newmann, Landau, par mes collègues MM. Guyon et Le Dentu, par M. Arnould, mais surtout par MM. Terrier et Baudouin.

Le rein flottant n'est pas une maladie rare. Exceptionnel dans l'enfance, peu fréquent chez l'homme,on l'observe surtout chez la femme où, d'après Lindner et Landau, on trouve un rein déplacé sur cinq ou six sujets examinés (1). C'est surtout de 30 à 40 ans qu'on observe le déplacement du rein, et on le rencontre beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche.

(1) Cette proportion est encore plus considérable pour M. Mathieu, qui affirme avoir rencontré chez la femme le déplacement du rein 1 fois sur 4 malades prises au hasard. (Soc. méd. des hôpitaux, 8 décembre 1893).

Je ne puis examiner aujourd'hui avec vous les causes de ce déplacement, cela nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de dire que chez notre malade nous n'avons pu découvrir aucune cause de la mobilité de son rein droit.

La symptomatologie du rein flottant est extrêmement variable ; il n'y a en somme qu'un signe pathognomonique, c'est la constatation de l'existence de la tumeur formée par le rein mobile, son déplacement et son replacement faciles.

Examinons maintenant quelle relation existe entre le rein flottant et l'hydronéphrose.

Il y a longtemps déjà, c'était en 1864, que Dietl (Wien. med. wochens) signalait dans le rein flottant des phénomènes d'étranglement. Voici ce qu'il en disait : Après une fatigue, l'organe augmente de volume et devient tellement douloureux que la moindre pression est insupportable, à ces douleurs s'ajoutent des frissons, de la fièvre, des nausées, même des vomissements de telle sorte qu'on pourrait croire à une péritonite par perforation. Cet épisode, pendant lequel les urines sont rares et épaisses, est habituellement terminé, au bout de quelques jours, par une émission abondante d'urine. On n'a pas trouvé tout d'abord d'explication à ces accidents singuliers. Lindner et Landau prétendent qu'ils sont dus à une hydronéphrose déterminée par coudure ou torsion de l'uretère d'un rein déplacé. Cette théorie a été développée compendieusement par MM. Terrier et Baudouin.

Les symptômes observés chez notre malade, pour être moins accusés que chez ceux qui appartiennent au rein flottant dit étranglé, s'en rapprochent néanmoins et si vous voulez bien vous rappeler l'apparition et la disparition alternatives de la tumeur du flanc droit, vous concluerez comme moi à une hydronéphrose intermittente due à un déplacement du rein.

Il manque cependant quelque chose au tableau symptomatique de notre malade. Quand la tumeur se développe, les malades accusent assez souvent une diminution de la quantité d'urine excrétée, mais ce symptôme est beaucoup moins fréquent que le besoin d'uriner impérieux suivi d'une miction fort abondante après laquelle la tumeur disparaît. Chez notre patient, on n'observe aucun changement dans la quantité d'urine excrétée, soit avant, soit après les crises.

Cependant, quand on appuie sur la tumeur fluctuante du flanc droit, on détermine un besoin d'uriner qui cesse avec la compression. L'anomalie symptomatique que je vous signale, existe quelquefois, j'en ai trouvé trois exemples dans le mémoire de MM. Terrier et Baudouin. On peut l'expliquer chez notre malade par ce fait que la tumeur se produit assez lentement et se vide plus lentement encore. D'ailleurs, on est en droit de se demander si un rein déplacé depuis quatre ans, fréquemment atteint d'hydronéphrose intermittente est normal, si la sécrétion qu'il fournit habituellement n'est pas moins abondante que celle du rein sain.

En résumé, nous avons affaire, je le répète, et je pense vous l'avoir démontré, à un rein flottant avec hydronéphrose intermittente.

Le pronostic de cette affection est sérieux, car lorsque l'hydronéphrose intermittente qu'on dit encore ouverte, date de longtemps, elle peut se transformer en hydronéphrose permanente ou fermée, et, de plus, devenir septique, il s'agit alors d'une pyonéphrose autrement grave que l'hydro-

néphrose. Le pronostic est encore sérieux à cause des difficultés de la thérapeutique.

Le traitement du rein flottant compliqué d'hydronéphrose intermittente varie avec les autres symptômes observés.

Au début, quand il n'y a que des symptômes douloureux on peut essayer d'une ceinture appropriée destinée à maintenir le rein dans la fosse lombaire. C'est ce qui a été fait chez notre malade ; mais le bandage, qui l'avait tout d'abord soulagé, est devenu inefficace à l'heure actuelle.

Il ne nous reste qu'à lui proposer une intervention chirurgicale qui puisse agir à la fois sur le rein flottant et l'hydronéphrose intermittente. Il semble bien démontré aujourd'hui que l'hydronéphrose ouverte, qui complique le rein flottant, est due à une coudure de l'uretère qui le rend momentanément imperméable, d'où la dilatation du bassinet, donnant lieu à une tumeur fluctuante qui se vide, soit parce que la distension du bassinet redresse la courbure du canal qui lui fait suite, soit parce que le rein en se déplaçant pendant la période de tumeur arrive au même résultat d'où l'écoulement possible de l'urine, un instant arrêtée dans les voies supérieures d'excrétion.

L'opération qui me semble pouvoir atteindre ce double but, fixation du rein et redressement de la courbure urétérale, c'est la *néphropexie*. C'est elle que je me propose de pratiquer dans quelques jours chez notre malade.

A part cela, que pourrions-nous faire ? Ponctionner la collection liquide formée dans le bassinet ? Mais, outre que cette pratique peut déterminer des accidents septiques, elle ne serait point ici une méthode curative, l'hydronéphrose ne tarderait pas à se produire, le rein restant déplacé.

Quant à l'ouverture de la collection liquide, à la fixation des parois de la poche à la région lombaire, à leur marsupialisation, c'est une pratique qui me paraît déplorable : 1° parce qu'elle crée une fistule urinaire, par conséquent une infirmité ; 2° parce que cette fistule peut s'infecter et donner lieu aux complications les plus redoutables.

On pourrait songer à la néphrectomie qui est, évidemment, le traitement le plus radical et parfois le seul rationnel. Je veux parler des cas où le rein est si profondément altéré qu'il est réduit à une coque fibreuse qui ne sécrète plus. Si, après avoir fait l'incision lombaire, je tombais sur un rein ainsi dégénéré, qui ne vaut plus rien, je n'hésiterais pas à faire la néphrectomie totale.

D'ailleurs, il y a toujours, dans cette opération de la néphrectomie, quelles que soient les précautions dont on s'entoure, quelque crainte à concevoir, car on ne sait jamais ce que vaut l'autre rein. Le catéthérisme des uretères, possible chez la femme, presque impossible chez l'homme, pourrait seul nous renseigner sur ce point.

Pour conclure, je dirai : Offrons à notre malade la néphropexie, c'est l'opération rationnelle dans son cas, elle peut suffire à la guérison. Si, plus tard, de nouveaux accidents se montrent, nous aurons recours à la néphrectomie.

N. B. — Cette leçon clinique a été faite à l'Hôtel-Dieu, le 12 décembre 1893, quelques jours après la communication de M. Tuffier à la Société de chirurgie (6 décembre), communication ayant pour titre : Recherches expérimentales et cliniques sur la pathogénie, l'anatomie pathologique et le

traitement de l'hydronéphrose intermittente. Les conclusions de M. Tuffier, au point de vue thérapeutique, sont identiquement semblables à celles que M. Duplay avait formulées dans sa leçon.

L'opération a été pratiquée de la façon suivante :

Incision lombaire un peu oblique, recherche assez pénible du rein qui est aplati en langue de chien L'hydronéphrose avait disparu, mais on sentait le bassinet large et flasque. Fixation de l'organe par trois fils de gros catgut qui traversent le parenchyme ; à la douzième côte (point supérieur) et aux lèvres de la plaie (point moyen et inférieure). Un des fils passé primitivement ayant coupé le tissu rénal, il n'a pas été nécessaire d'aviver le bord convexe de l'organe. Suture en surjet des tissus divisés, avec le catgut fin, de la peau, avec le fil d'argent.

Le malade n'a pas eu la moindre réaction. Avant l'opération, il rendait un litre un quart d'urine en vingt-quatre heures, pendant les deux premiers nycthémères, il n'en a évacué qu'un litre, le liquide n'était pas teinté par le sang. Le troisième jour, la quantité d'urine émise revenait au taux normal.

Aujourd'hui, sixième jour après l'opération, l'état du malade est excellent.

A. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1894 — Présidence de M. Rochard

C'est avec un profond regret que l'Académie a appris la mort presque subite de M. Quinquaud et celle de M. Diday (de Lyon).

— Dans l'arrondissement de Morlaix, en 1891, M. Chauveau, ayant à rechercher les causes d'une épidémie de pustule maligne, l'attribua, avec quelques réserves, à la manipulation de peaux de chèvres provenant de la Chine. M. Proust a observé à l'Hôtel-Dieu un cas de

Pustule maligne

qui est venu confirmer les idées émises par M. Chauveau. La pustule siégeait au front et le malade a pu être guéri par les injections de teinture d'iode et l'emploi du cautère actuel. Le patient raconta qu'il était employé à la manipulation de peaux de chèvre venant de Chine et destinées à la reliure. On a trouvé, vivant dans ces peaux, un grand nombre d'insectes du genre Dermeste qui renfermaient ainsi que leurs excréments, une grande quantité de bactéridies charbonneuses. L'inoculation de larves, d'excréments, a donné le charbon à des cobayes.

Ces faits prouvent que, parmi les peaux envoyées à Paris, il en est qui proviennent d'animaux morts du charbon ; il convient donc d'instituer un certain nombre de mesures prophylactiques destinées à préserver ceux qui sont appelés à manipuler ces peaux.

M. Proust propose les mesures suivantes :

On devra inviter les patrons des ateliers où l'on bat et où l'on trie les peaux de Chine, à fournir aux ouvriers un masque, des gants en caoutchouc et des pinces.

Il sera défendu aux ouvriers de porter les peaux revêtues de poil sur l'épaule ; ils devront se servir de brouettes.

Une ventilation énergique avec aspiration des poussières doit être établie dans la chambre de chauffe où ces dernières sont brûlées.

Des soins de propreté seront exigés des ouvriers : lavage de la figure et des

mains avec des solutions antiseptiques. Ils doivent changer de costume au sortir de l'atelier.

Des affiches apposées dans l'intérieur de l'usine doivent appeler l'attention des ouvriers sur le danger des boutons ou des érosions de la peau.

Une surveillance très attentive doit être exercée sur les ouvriers par une personne compétente, de façon à ce que tout bouton, toute érosion, toute écorchure de la peau pouvant devenir dangereuse soient immédiatement traités.

Des mesures de police sanitaire doivent être prises dans les pays d'origine, de façon à supprimer sur les peaux de Chine les germes charbonneux, les mouches et tout ce qui peut être dangereux.

Si ces mesures n'étaient pas exécutées, il y aurait lieu de fermer notre frontière aux peaux de Chine.

— M. Lancereaux a entretenu l'Académie de deux nouveaux cas de

Rappel à la vie par le procédé de la langue.

Dans l'un de ces cas, observé par M. Vernt, le malade est revenu à la vie à la suite d'une simple pression exercée sur la base de la langue avec une cuillère. Les tractions agiraient donc en provoquant l'état nauséeux, les vomissements, suivis eux-mêmes de la détente du spasme.

Pour M. Lancereaux, lorsque les mâchoires sont flasques on doit employer les tractions de la langue; mais, si elles sont contractées, il suffit d'appuyer sur la base de l'organe avec le manche d'une cuillère.

M. Laborde rappelle qu'il a parfaitement dit que l'on devait, en même temps que l'on tire sur la langue, appuyer sur sa base afin de provoquer des mouvements de déglutition et des vomissements.

— Une communication importante de M. Quénu sur

La résection du nerf maxillaire inférieure dans le crâne

a été écoutée avec intérêt.

L'opportunité des résections du trijumeau dans les névralgies de la face est encore très discutée et les résultats obtenus sont contradictoires. Certains chirurgiens ont observé des récidives fréquentes, mais il est possible que ces récidives dépendent d'une résection insuffisante, d'une opération pratiquée trop près de la périphérie ou d'autres causes encore mal fixées. On tend, actuellement, à opérer de plus en plus près de l'origine du nerf et il convient d'établir des règles susceptibles de faciliter la recherche du tronc nerveux, de la rendre moins dangereuse.

En 1871, M. Quénu avait fait chez un homme la résection du nerf maxillaire inférieur, par le procédé extra-cranien de Horsley ; pendant 14 mois le résultat fut excellent, puis les douleurs reparurent, et une nouvelle opération montra que la première résection n'avait pas été totale et que plusieurs branches nerveuses qui s'épanouissent au sortir du trou ovale avaient été respectées.

M. Quénu a cherché à trouver un procédé permettant de faire la résection du nerf avant son entrée dans le trou ovale ; on y est déjà parvenu soit en pénétrant dans le crâne par une trépanation temporale (Horsley, Kraske), soit en passant par la région zygomatique (Salzer et d'autres), ces différentes méthodes donnent peu de jour et le procédé de M. Quénu permet de s'en donner beaucoup plus ; il est très rapide et 5 minutes après le commencement de l'opération, le nerf est chargé.

Voici comment M. Quénu décrit son procédé :

« Dans un premier temps je dénude la fosse temporale jusqu'à la crête qui la sépare de la fosse zygomatique. Pour cela une incision courbe à convexité supérieure, pro-

fonde jusqu'à l'os, part derrière l'apophyse orbitaire externe et aboutit au-devant du conduit auditif; l'arcade zygomatique est sciée ou coupée au ciseau à ses deux extrémités, et le lambeau qui comprend le temporal est rapidement détaché à coups de rugine et rejeté le plus bas possible.

Dans un deuxième temps j'ouvre le crâne à l'aide d'une couronne de trépan placée un peu au-dessus de la crête susindiquée, puis j'agrandis l'orifice par le bas en me servant de la pince-gouge de Lannelongue.

Pour cela, je décolle au fur et à mesure la dure-mère avec le doigt, tandis que parallèlement, du côté externe, je dénude la voûte de la fosse zygomatique avec la rugiel Point n'est besoin d'assécher la plaie pour y voir ; le doigt est ici un meilleur guide que l'œil. Lorsque la pince-gouge s'est avancée environ d'un centimètre au delà de la crête, au lieu de rechercher les troncs nerveux, je recherche le trou ovale. A cet effet, je me sers d'un petit crochet qui n'est qu'une aiguille de Cooper raccourcie.

« L'index gauche, enfoncé transversalement, s'engage dans une petite vallée limitée en avant par le bord tranchant de l'apophyse ptérygoïde, en arrière par l'épine aiguë du sphénoïde ; le trou ovale se trouve juste sur cette ligne ainsi que le trou petit rond ; l'aiguille introduite à plat sur le doigt, puis légèrement retournée, s'engage d'elle-même dans le trou ovale ; je me suis assuré que l'existence d'une lamelle osseuse réunissant parfois ces deux points de repère n'apporte pas, en général, un obstacle absolu à l'utilisation du crochet ; d'autre part, les dimensions de son extrémité mousse l'empêchent de s'égarer dans le trou sphéno-épineux. Le guide mis en place, la pince-gouge se dirige coup sûr vers le trou ovale et bientôt la disparition de la dernière lamelle libère le crochet et met à nu le tronc nerveux.

« Dans un troisième temps, un large écarteur refoulant les muscles ptérygoïdien externe et temporal, on charge le nerf et on le résèque : on pourrait au besoin poursuivre jusqu'au ganglion de Gasser ou tout au moins jusqu'à l'émergence de ses trois branches. »

Si l'hémorrhagie ou toute autre cause empêchaient de voir le nerf, on est sûr qu'il est totalement détruit lorsqu'une petite curette gratte partout le contour osseux du trou ovale.

— M. Voisin a aussi entretenu l'Académie de la

Névralgie du trijumeau

Une malade de son service était atteinte d'une névralgie trifaciale droite qui intéressait surtout les rameaux du ganglion de Gasser fournis à la dure-mère dans la sphère de l'artère méningée moyenne.

La durée et l'intensité de cette névralgie avaient provoqué peu à peu des troubles mentaux de forme mélancolico-hypochondriaque et, la malade étant morte d'un cancer utérin, l'autopsie montra des lésions méningo-cérébrales au niveau du lobe fronto-pariétal droit : les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes droites étaient déprimées par une sorte de poche constituée par un confluent anormal du liquide céphalo-rachidien.

Le point douloureux que la malade indiquait correspondait assez nettement au siège de la lésion pour qu'une craniotomie ait pu être tentée avec quelques chances de succès.

Ce fait montre les relations pathogéniques qui peuvent exister entre une lésion méningo-cérébrale et une névralgie trifaciale.

— M. GALEZOWSWI conclut, de ses recherches sur le

Glaucome

que les lésions lymphatiques sont très communes dans cette maladie, surtout celles du canal de Schlemm. Dans le glaucome simple, il y a oblitération de ce canal et des voies lymphatiques sous-scléroticales et cette pathogénie est applicable aux différentes variétés. Il faut, dans le traitement, désobstruer les voies lymphatiques oculaires, par la sclérotomie faite à la partie antérieure de l'œil.

M. CHARPENTIER, à propos d'une note envoyée par M. Guyot, a fait adopter par l'Académie un vœu sur la nécessité de réglementer les garderies d'enfants en établissant d'une manière précise les conditions et garanties à exiger pour en assurer le bon fonctionnement.

M Charpentier a aussi rendu compte d'un travail de M. Lédé sur la mortalité des nouveau-nés en nourrice pendant les premiers mois et sur les mauvaises conditions dans lesquelles s'effectue leur transport en chemin de fer. Le seul défaut des mesures réclamées par M. Lédé c'est qu'elles sont impraticables actuellement.

— Signalons enfin un mémoire de M. GAUBE relatif à la

Chimie minérale des corps organisés

En étudiant la bactéri die charbonneuse et le bacille du tétanos, l'auteur a vu que ces microorganismes vivent dans les cultures aux dépens des matières minérales et en empruntant l'azote aux milieux gazeux ambiants. La quantité d'azote fixé est en rapport avec la quantité de matière minérale utilisée.

MÉDECINE NAVALE

Au sujet d'une Ecole unique pour les médecins stagiaires de la marine

Nous avons, dans un précédent article (1), indiqué, à larges traits, comment devrait être comprise, à l'avenir, l'instruction des médecins stagiaires de la marine. Il y a lieu de développer quelques-unes des idées qui y ont été exposées. Mais auparavant il faut envisager, pour demander qu'on y porte remède, les conditions où ces jeunes gens sont placés, vis-à-vis de l'assistance aux cours, par certaines obligations de service.

I

La pénurie, jusqu'à présent irrémédiable, des médecins titulaires de 2e classe, qui continuent à remplir aux colonies les vides (nombreux dans les bas grades) du corps de santé colonial, oblige le service de santé des ports à affecter les stagiaires nouveaux promus à divers services, dits extérieurs, qui les tiennent éloignés de l'hôpital. Une telle nécessité est absolument préjudiciable à leur instruction; elle est en formelle contradiction avec l'esprit du règlement qui n'a institué le temps de stage qu'en vue d'augmenter la valeur professionnelle des futurs médecins de marine, en leur permettant d'acquérir les connaissances spéciales qui leur seront nécessaires; elle est en contradiction même avec la lettre de ces règlements qui spécifie que les stagiaires sont envoyés uniquement dans les trois ports où existe une école et que là ils doivent être astreints à suivre des cours qui sont faits pour eux.

Or, il arrive trop fréquemment qu'il leur est impossible d'y assister d'une manière assidue et régulière. Le professeur n'a qu'un très petit nombre d'auditeurs et cet auditoire ridiculement restreint est, de plus, tout à fait mobile. Il se modifie sans cesse au gré des changements de service, des tours de garde et des corvées accidentelles. Il en résulte que non seulement les élèves ne reçoivent qu'un enseignement tronqué, à bâtons rompus, criblé de lacunes; mais que le maître lui-même, moins soutenu, moins

(1) Voir *Union médicale* (numéro 70. — 16 décembre 1893).

entraîné, découragé parfois, sent son zèle s'attiédir, son ardeur s'éteindre et ne s'acquitte plus que comme d'une corvée d'une mission qui est par son essence éminemment captivante, mais dont les fatigues, le travail et les obligations qu'elle impose, doivent, pour être toujours affrontés avec le même entrain, trouver des compensations et des encouragements d'un certain ordre. Parmi ceux qui ont ou qui ont eu l'honneur de professer, personne, j'en suis sûr, ne me contredira.

Ainsi, la première réforme à accomplir, c'est de prescrire, d'une façon formelle, de ne confier aux stagiaires aucun service susceptible de les tenir en dehors de l'hôpital.

L'adoption d'un projet d'école unique aurait, entre autres avantages d'ordre administratif et financier, celui d'atténuer, dans la mesure du possible, le grave inconvénient qui vient d'être signalé, en répartissant sur un nombre triple de docteurs les obligations de service qui incombent aujourd'hui aux stagiaires et qu'il sera de longtemps encore, peut-être, difficile d'éluder complètement.

II

Les trois ports se disputeront la possession de cette école et chacun d'eux fera valoir des arguments sérieux en sa faveur. Il n'arrivera point, cette fois, de voir surgir un quatrième larron, parce que la marine ne saurait indéfiniment consentir à fournir à telle ou telle faculté de médecine l'appoint d'étudiants qui lui manque et aussi parce qu'on n'a heureusement plus à compter avec de certaines influences dont l'action a été si fatale au corps de santé de la marine. En dehors de Brest, de Rochefort ou de Toulon, la seule ville où on pût désirer de voir placer l'école des stagiaires est Paris.

Pour plusieurs motifs, dont quelques-uns sérieux, cette dernière hypothèse ne sera même pas envisagée et c'est un des ports qui serait choisi.

Rochefort a pour lui sa proximité de Bordeaux, ce qui n'est, d'ailleurs, qu'une raison de troisième ordre. Il a contre lui, au contraire, des arguments graves : la modicité de ses ressources au point de vue anatomique et opératoire, et le peu d'importance de son arsenal, condition fâcheuse pour les études pratiques d'hygiène et de chirurgie navales.

Toulon, en revanche, est admirablement outillé sous ce rapport. Les quatre cinquièmes de notre matériel flottant s'y trouvent rassemblés ; le mouvement des navires de guerre y est considérable. Son amphithéâtre de médecine opératoire est suffisamment riche en sujets pour que les exercices pratiques n'y chôment point. Mais la situation de son grand hôpital sur la presqu'île de St-Mandrier, à l'autre extrémité de la rade, est une gêne considérable pour l'enseignement aussi bien que pour le service. En outre, pour divers motifs, que connaissent bien ceux qui ont fréquenté ce pays, le travail y est plus difficile et exige une plus grande somme d'énergie et de volonté que dans d'autres ports. La marine en a souvent fait l'expérience.

Brest, avec des ressources non moins grandes au point de vue des études anatomiques, des exercices opératoires et de la clinique présente sur notre arsenal du Midi une supériorité incontestable, si l'on considère la disposition des locaux ! Nombreux amphithéâtres de cours, vaste amphithéâtre de dissections, éloigné de l'hôpital, laboratoires bien outillés, etc...

L'installation d'une école importante y est toute prête et il n'y aurait qu'à l'utiliser sans bourse délier. Enfin le travail y est facile. Cette dernière considératien est d'un grand prix, quand il s'agit de jeunes gens qui viennent d'être enfermés pendant trois ans dans une école où la discipline militaire est appliquée et qui savent que leur avenir, désormais assuré, ne saurait être compromis par le mauvais emploi de leur période de stage.

III

Ces réflexions, qui viennent d'être très brièvement résumées parce que chacun dans la marine sait à quoi s'en tenir et a son opinion faite sur ce sujet, permettent de prévoir quelle solution serait donnée à la question d'une école unique de stagiaires le jour où on voudra bien la mettre à l'étude.

D'une part, il existe, dans un des ports, tout un outillage matériel parfaitement disposé, dont la mise en service ne coûtera pas un centime. D'autre part, les six professeurs que nous avons montré être indispensables au bon fonctionnement de cette école existent numériquement, puisqu'il y en a deux dans chacune des trois écoles actuelles. Ceux d'entre eux que leurs aptitudes ne permettraient pas d'affecter aux chaires nouvelles, seraient faciles à remplacer soit d'emblée par le concours, soit provisoirement en faisant appel aux débris de l'ancien enseignement.

Pas un officier de plus qu'aujourd'hui ne serait distrait du service général ; pas une dépense ne serait à faire ; pas un obstacle, par conséquent, ne s'oppose à cette concentration d'éléments que leur dispersion seule rend aujourd'hui insuffisants. Il ne semble pas, dans ces conditions, que la marine puisse hésiter longtemps à décider une réorganisation d'où elle tirerait un si grand profit. Elle a d'autant plus d'intérêt à ne pas trop attendre que les difficultés d'une réoorganisation de ce genre iront en croissant proportionnellement aux retards apportés à la décréter. Les anciens cadres des professeurs vont s'épuisant peu à peu. Il est temps de songer à en utiliser les restes, laissés improductifs depuis huit ans. Car, en fin de compte, les maîtres ne s'improvisent pas ; il y faut, quoi qu'on ait dit, du temps et du travail.

BIBLIOTHÈQUE

L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses, par les docteurs Béni-Barde et Materne. G. Masson, 1874.

L'hydrothérapie s'est complètement transformée depuis l'époque où elle a été mise à la mode par un paysan illettré de la Silésie autrichienne. Vincent Priennitz n'employait, en effet, que la sudation et l'eau glacée, qu'il faisait alterner avec une hardiesse qui n'appartient qu'aux irréguliers de l'art de guérir et avec un tact qu'ils possèdent rarement.

A l'aide de cette combinaison, il obtenait des cures remarquables, chez les goutteux, les rhumatisants et les énervés de toute espèce ; mais la sudation épuisait les anémiques et les débilités, qui partaient de Grufenbecq sans éprouver de soulagement. On y renonça pour recourir à l'eau froide seule.

A Bellevue, Fleury n'employait que la douche froide en pluie ou en jet, et, pendant de longues années, on s'est contenté de cet ordre de moyens, mais on a fini par constater que les arthritiques et les névropathes ne pouvaient pas la supporter, et que, dans un grand nombre de cas, les douches tièdes ou même chaudes donnaient de meilleurs résultats. Aujourd'hui, l'hydrothérapie emploie l'eau à toutes les températures.

Le docteur Béni-Barde fait concourir au traitement des affections diverses qui réclament cette médication, les douches de vapeur, les douches chaudes, les douches froides et son livre a pour but de faire connaître les cas dans lesquels chacune de ces formes de l'hydrothérapie est plus particulièrement indiquée.

Il passe en revue dans une série de chapitres, les différents groupes d'affections dans lesquelles ce traitement peut convenir, en indiquant les formes diverses sous lesquelles il peut être administré.

Nous ne pouvons pas le suivre dans cette analyse délicate, parce que cela nous entraînerait trop loin; mais nous recommandons à tous les praticiens la lecture d'un ouvrage très bien écrit et basé sur l'expérience acquise par de nombreuses années de travail et par une longue série de succès.

COURRIER

Nons apprenons la mort du docteur Quinquaud, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé, qui vient, dans une courte maladie, d'être enlevé à l'affection des siens et de ses amis. C'est une nouvelle perte pour le corps des médecins des hôpitaux.

CONCOURS DES HOPITAUX. — La première série des épreuves du concours de l'internat finira cette semaine.

La seconde série des épreuves de l'externat a été reprise mardi dernier. Question donnée : Symptômes de la pleurésie séro-fibrineuse.

— La Société de chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle le mercredi 17 janvier à quatre heures.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Ch. Perier, président ; 2° Compte rendu des travaux de l'année 1893, par M. Kirmisson, secrétaire annuel ; 3° Éloge du professeur Richet, par M. Charles Monod, secrétaire général ; 4° Proclamation des prix pour l'année 1893.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Hallion est nommé chef des travaux du laboratoire de physiologie pathologique et M. Comte, préparateur du laboratoire de physiologie.

— Le Conseil municipalde Montpellier vient de voter une somme de 6,000 francs pour la création d'une chaire municipale de microbiologie.

— Voici les résultats d'une sorte de plébiscite fait par les soins de l'Association des internes, au sujet de différentes questions intéressant le corps de l'internat :

1° Ne pas imposer aux candidats à l'internat une limite de six années à partir de la première inscription ;

2° Ne pas admettre les docteurs au concours de l'internat ;

3° Permettre aux internes de passer leur thèse en conservant leurs fonctions ;

4° Assimiler les internes aux docteurs dans l'intérieur de l'hôpital ;

5° Ne pas augmenter outre mesure le nombre des places d'interne ;

6° Exiger la naturalisation des étrangers qui se présentent au concours de l'internat

— Parmi les victimes les plus récentes et les plus connues de l'influenza, on signale M. S. Guttmann, rédacteur en chef du journal *Deutsche médicinische Wochenschrift.*

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE A BUDAPEST. — On sait que le *VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie* sera tenu l'année prochaine, dans la ville de Budapest. Dans sa dernière séance, le Congrès exécutif de cette assemblée scientifique a arrêté les dispositions ci-après relativement au *programme des travaux* du Congrès.

La soirée de réception aura lieu le 1er septembre 1894 ; le lendemain, 2 septembre, ouverture de l'assemblée ; les 3, 4, 5, 7 et 8 septembre, séances des sections ; le 9 septembre, clôture du Congrès. Le 6 septembre a été réservé pour quelques petites excursions, à une courte distance de Budapest.

Le programme scientifique, contenant l'indication détaillée des questions, a été déjà expédié. Dès aujourd'hui le succès du Congrès peut être considéré comme assuré, vu que depuis l'envoi dudit programme un nombre très considérable des spécialistes les plus éminents de l'étranger ont annoncé leur participation à la réunion.

On s'occupe aussi avec activité à préparer une *exposition d'hygiène* qui sera une sorte

d'annexe du Congrès. Elle se distinguera de toutes les expositions similaires ouvertes jusqu'à ce jour en ce qu'elle ne sera point une exhibition industrielle, mais présentera un ensemble d'objets servant à l'illustration et à l'étude des questions portées sur le programme scientifique et faisant l'objet des travaux de l'assemblée.

Parmi les délibérations les plus importantes et intéressantes, celle relative à la *diphtérie* remplira la séance du 4 septembre. On sait que c'est en vertu d'une résolution prise au Congrès de Londres que le Congrès de Budapest s'occupe de cette question si considérable. Le comité exécutif l'a fait préparer sur les bases les plus larges et vraiment internationales. Dans chaque pays, une commission spéciale s'en sera occupé à fond et aura rédigé des conclusions, lesquelles constitueront les bases des délibérations d'une séance commune des sections de bactériologie, de prophylaxie et d'hygiène infantile. Les commissions spéciales formées dans les différents pays sont présidées. En France, par le docteur Roux (Paris), en Belgique, par le docteur Ed. Fordeus (Bruxelles), en Italie, par M. L. Pagliani (Rome), en Russie, par le professeur Nicolas Filatow (Moscou), en Roumanie, par le docteur D. Sergiu (Bucarest), en Serbie, par le docteur Paul Sxteics, physicien en chef (Belgrade), en Angleterre, par le docteur Ed. Seaton (Londres), en Autriche, par le professeur Widerhofer (Vienne), en Hongrie, par le docteur C. Chyzer (Budapest), en Bavière, par le professeur H. Ranke (Munich), en Allemagne, par le professeur Fr. Lœffler (Greifswald), en Suède, par le professeur E. Almquist (Stockholm), en Suisse, par le docteur Ed. Hagenbach-Burkhardt (Bâle), en Espagne, par le docteur Francis Criado y Aguilar (Madrid), en Danemark, par le professeur S.-F. Sœrensen (Copenhague), en Norwège, par le professeur Axel Johanessen (Christiania), dans les Etats-Unis d'Amérique, par le professeur Billings (New-York).

L'excursion qui aura lieu après le Congrès à *Constantinople* sera d'autant plus intéressante que l'on s'arrêtera en route à Belgrade.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Les épreuves du concours du 22 janvier prochain pour l'emploi de professeur répétiteur à l'école principale du service de santé de la marine, à Bordeaux, seront ainsi divisées:

1o Médecine opératoire. — Pratique de deux opérations, avec descriptions de l'anatomie topographique des régions opérées ;

2o Accouchements. — Leçon orale de trois quarts d'heure sur un sujet d'accouchement ; pratique de deux opérations obstétricales.

— M. le médecin de première classe des colonies Calmette est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire-archiviste du Conseil supérieur de santé des colonies, à Paris, en remplacement de M. le médecin principal Auvray, qui est appelé à servir au Tonkin, et qui s'embarquera à Marseille, sur le paquebot du 14 janvier prochain.

Nécrologie. — MM. les docteurs Archinard (de Lyon), Barudel (de Vichy), Verneuil (de la Tremblade), Guillemin, médecin-inspecteur des armées, Strohl, professeur à l'ancienne faculté de Strasbourg, Le Guillon, embarqué sur la *Zélée* dans le voyage de Dumont-Durville.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

—

Dans notre numéro du 9 janvier dernier, nous avons publié la *circulaire relative à la déclaration des maladies épidémiques et à l'exercice de la médecine*, ainsi que *l'arrêté ministériel du 29 novembre* 1893 *relatif aux maladies dont la déclaration est obligatoire*. Ces documents administratifs ont une telle importance qu'ils seront discutés à nouveau dans l'*Union médicale*. Mais à première lecture il est impossible de ne point relever certaines parties de la circulaire de M. Monod, qui véritablement nous étonnent.

A trois reprises différentes, il y est fait allusion aux privilèges dont jouissent les médecins. Vous entendez bien, le corps médical est un corps privilégié ! Nous sommes heureux de l'apprendre, car nous ne nous en serions pas douté. C'est sans doute parce qu'il a l'avantage de payer une patente, que généreusement le gouvernement et les Chambres viennent tout dernièrement encore d'augmenter. C'est encore à cause des énormes rétributions que ce même gouvernement lui octroie quand officiellement il réclame son ministère dans une question de justice. C'est aussi pour être appelé dans tous les endroits où il y a à mourir et pour être trop souvent payé d'ingratitude, après de nombreux services rendus Non ; ce sera peut-être dorénavant pour avoir l'honneur d'être en quelque sorte sous la dépendance d'un maire et d'un préfet toutes les fois qu'il s'agira d'une déclaration de maladie épidémique.

Ne voulait-on pas, tout dernièrement encore, par l'organe d'un président du conseil, forcer le médecin à donner ses soins à des syndicats, a des sociétés

FEUILLETON

—

Autour de l'article 15

On en a déjà si copieusement parlé, on a écrit à son sujet tant et de si bonnes choses qu'il aurait dû être superflu de s'en occuper encore. Que dire de ce fameux article 15 qui n'ait été répété cent fois ? Qu'ajouter aux arguments présentés et soutenus pour ou contre lui par ses défenseurs et ses adversaires ? Tous les discours possibles ont été prononcés dans le sein de multiples commissions, aux tribunes des suffrages universel et restreint, à celle de l'Académie de médecine ; tous les articles qu'il fallait ont été publiés, peut-être même lus.

Non vraiment il n'y a, ou plutôt il n'y avait plus rien à ajouter à tout cela. Mais voici qu'une circulaire ministérielle a été adressée aux préfets pour fixer le mode de déclaration des maladies épidémiques et aussitôt langues de se reprendre à babiller, plumes de se retremper aux noirceurs des encriers, et presses de gémir à nouveau.

C'est un sort étrange que celui de notre confrérie. Quoiqu'elle fasse, quelques services

mutuelles ; ces soins ne devaient être rémunérés que 50 centimes par visite. Privilège que tout cela ! Privilège aussi le fameux, le hideux monopole qui se manifeste par l'acquittement en règle de tous ceux qui ont exercé illégalement la médecine.

Il est temps d'en finir avec tous ces grands mots. Si le médecin a le droit d'exercer la médecine, il l'a bien payé au pays et à l'Etat; il n'y a pour s'en convaincre qu'à calculer ce que coûte à une famille l'obtention du grade de docteur pour son fils. Et s'il est jugé nécessaire que la déclaration des maladies épidémiques ait lieu, il n'y a, sans marchandage, qu'à en faire comprendre la nécessité au médecin, qui fera son devoir cette fois comme toujours, quand sa conscience le lui permettra et quand la chose sera possible.

Ne lui rendez pas cette tâche onéreuse en le forçant à des frais de poste.

Nous savons bien que « des démarches sont faites en ce moment près de M. le Ministre du commerce pour obtenir qu'il accorde aux déclarations le bénéfice de la franchise postale ». Il eût peut-être été plus heureux de faire aboutir ces démarches avant la promulgation de l'arrêté ministériel. Une dernière phrase de la circulaire pour finir : « A quel moment le sous-préfet et le maire devront-ils être prévenus? L'article 15 dispose que tout praticien est tenu de faire la déclaration son *diagnostic établi*, c'est-à-dire, *aussitôt que son diagnostic est établi.* » Et maintenant si vous n'avez pas compris, c'est que vous y avez mis de la mauvaise volonté.

A propos de la loi sur l'exercice de la médecine, il nous revient en mémoire que plusieurs de nos confrères de la Presse médicale n'ont pas été de l'avis des internes en exercice qui dans un vote plébiscitaire n'ont pas cru devoir réclamer le doctorat pour l'internat. Le nouvel article 6 met tout le monde d'accord, puisqu'il donne aux internes des hôpitaux nommés aux concours les prérogatives du docteur.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'intervention dans les fractures du crâne gagne chaque jour du terrain et M. Chauvel vient à la tribune en donner une nouvelle preuve en faisant

qu'elle rende, quelques progrès qu'elle assure, il semble qu'on la tienne en suspicion partout et à propos de tout. On sent, à chaque occasion nouvelle, percer sous les formules une pointe d'aigreur ou de jalousie. Qu'une loi, qu'un décret, qu'un règlement public viennent assurer l'effet d'améliorations dues à notre travail, à notre initiative, longuement, patiemment réclamées par nous, et presque toujours quelque réticence, quelque restriction se glissera dans les textes, infaillible témoin d'un ennui, d'un regret inexprimés d'être obligés de tout accorder à des gens qui demandent si peu pour eux-mêmes. Aussi, lorsque par hasard c'est notre intérêt particulier qui est en jeu, quelle mauvaise grâce à satisfaire nos plus légitimes et nos plus modestes revendications ! Souvenez-vous seulement de ce projet de décret sur les honoraires des expertises médico-légales, qui arrive à ce résultat étonnant qu'un médecin requis pour expertiser à vingt kilomètres de son domicile, reçoit, pour ses sept ou huit heures de déplacement, sa visite et son rapport, la somme de 15 fr. 50, alors qu'il en a dépensé 15 pour la seule location de la voiture, son bénéfice net est de cinquante centimes, c'est-à-dire, très inférieur au pourboire qu'il lui faudra donner à son cocher. Ceci n'est point un calcul de fantaisie ; c'est une histoire vraie dont la victime a été le Dr Chapuis, secrétaire de la société du Jura ; et croyez que cette histoire aura une longue suite. Ne

un rapport sur une observation du docteur Chupin (de Batna), qui a trépané son malade et l'a guéri. Il s'agissait d'un homme de 24 ans, qui s'était tiré à bout portant un coup de pistolet dans la région temporale. Le diagnostic était délicat quoiqu'il existât une dépression assez profonde ; mais les lambeaux cutanéo-périostiques relevés, M. Chupin constata l'enfoncement et appliqua une couronne de trépan. La lame vitrée dut être enlevée sur une certaine étendue, car elle comprimait la masse céphalique et cachait un épanchement sanguin. Voilà donc un cas où l'intervention sanglante a été justement décidée et M. Chauvel fait remarquer combien la thérapeutique des fractures du crâne a fait des progrès grâce à la trépanation hâtive.

A ce propos, M. G. Marchant relate un fait qui présente beaucoup d'analogie avec celui dont nous venons de parler. C'est aussi un coup de feu qu'il a eu à traiter au niveau de la région frontale sans accidents immédiats ; mais, le lendemain, la température étant montée à 38°1 et l'exploration par la sonde cannelée montrant une pénétration évidente, M. G. Marchant trépana et bien lui en prit, car il trouva la moitié de la balle du revolver à cheval sur la table interne, et la seconde partie dans un foyer situé en pleine substance cérébrale.

Après désinfection de toutes les régions blessées, le malade fut pansé antiseptiquement et guérit sans le moindre accident. Ceci est fort bien, fait remarquer M. Marchant, quand la balle est superficielle, mais quand elle a pénétré profondément, faut-il s'acharner à sa découverte. Non, certes. Trépanation et recherches discrètes du corps étranger, voilà la règle thérapeutique à suivre.

Signalons encore dans ce même rapport de M. Chauvel, deux autres observations de M. Chupin ; l'une ayant trait à une *gomme musculaire du biceps* qui aurait pu, selon le rapporteur, être confondue avec un abcès froid d'origine osseuse ; l'autre relatant l'établissement d'une *boutonnière périnéale* dans un cas de gangrène de la verge.

L'ordre du jour fait ensuite reprendre la discussion sur l' *hystérectomie*

---

trouvez-vous pas que eette mesquinerie semble trahir un secret déplaisir d'être obligé de recourir à la collaboration de cette race subversive des médecins qui voient des fous ou des malades dans un trop grand nombre de criminels? Un de mes amis m'a conté ce fait : médecin-major du pénitencier central de l'Ile Nou, il fut un jour chargé d'expertiser des taches rouges relevées sur les vêtements d'un forçat soupçonné d'avoir assassiné un de ses compagnons de bagne. Il se trouva que ces taches avaient été tout bonnement produites par une décoction de racines de palétuviers. Quand le chef du pénitencier faisant fonctions d'officier de police judiciaire eût pris connaissance des conclusions du rapport médical, il entra dans une violente colère, s'emporta, tempêta, alla jusqu'à menacer d'arrêts le légiste d'occasion. Pensez donc que toute l'accusation reposait sur ces taches, qu'aucune autre charge n'avait été relevée contre l'accusé, qu'un magnifique dossier péniblement et laborieusement constitué n'avait que ce seul appui et que tout s'écroulait du coup, que tant d'efforts devenaient vains, parce qu'un monsieur avait mis quelques lentilles entre ces taches et son œil! Dites-moi maintenant si ce n'est pas un vrai crève-cœur de rétribuer, même très mal, des services gênants à ce point.

Même lorsqu'elle ne nous paye point, l'administration trouve encore moyen de mani-

vaginale dans le prolapsus utérin, et, on va le voir, les différents auteurs qui ont pris la parole ne partagent pas l'enthousiasme de M. Quénu pour l'ablation de l'utérus et semblent lui préférer la colporaphie.

C'est d'abord M. SCHWARTZ, qui n'a pratiqué qu'une fois, et il y a seulement trois mois, l'extirpation de la matrice pour descente complète. Il veut surtout parler de l'intervention qui, dans son cas, a été compliquée, difficile, et a donné lieu à des hémerrhagies fort ennuyeuses. Il s'agissait, il est vrai, d'un utérus hypertrophié, de 17 centimètres de longueur et portant sur son fond des tumeurs fibreuses.

A l'incision de la muqueuse vaginale, le sang coula en abondance et les utérines pincées et sectionnées, offraient une dilatation considérable. Leur volume était égal à celui des humerales. Le tissu utérin était de plus mou, friable, et très adhérent à la vessie L'opération fut pénible; 19 pinces durent être posées, qui, sauf 4, furent remplacées par des ligatures, le vagin tamponné se cicatrisa sans retomber, et pour le moment le résultat est bon; mais M. Schwartz, qui a eu de nombreux succès par la colpoperineoraphie, croit que l'hystérectomie seule ne suffira pas dans la majorité des cas, et qu'il faudra presque toujours pratiquer un rétrécissement du vagin.

C'est aussi l'avis de M. ROUTIER qui a fait pour ces indications l'hystérectomie deux fois en 1888 et en 1889 ; mais qui depuis cette époque ne la pratique plus, parce que les procédés portant sur la muqueuse vaginale lui réussissent très bien. Il compte maintenant 19 colporaphies heureuses pour prolapsus; mais faites de façon que l'introduction d'un index soit même difficile.

De ses deux opérées par extirpation de l'utérus, il n'a pu en suivre qu'une et la rectocèle ainsi que la cystocèle se sont reproduites.

C'est M. RECLUS qui termine la séance sans cependant finir la discussion. Ce chirurgien a fait trois hystérectomies pour prolapsus complet et il cite les trois observations. C'est d'abord une septuagénaire dont le prolapsus était ulcéré, d'où l'indication de supprimer l'organe porteur de l'ulcération ; c'est ensuite une blanchisseuse de 59 ans, qui quittait l'hôpital au bout de

---

fester jusqu'à l'évidence les sentiments de bienveillance atténuée qu'elle nourrit à notre endroit. Personne de nous n'a oublié le singulier réquisitoire que formulait contre nous l'ancien ministre de l'intérieur, M. Dupuy-de-Dôme, en un rapport au président de la République sur les opérations des sociétés de secours mutuels. Sous sa plume, notre refus de nous laisser imposer des tarifs d'honoraires inacceptables prenait des allures de « coalition contre les traités en usage entre les médecins et les sociétés », susceptible de porter « atteinte à la liberté du travail (!) » et des « groupements philanthropiques de travailleurs (!!) » L'institution de ces sociétés, disait-il quelques lignes plus loin, « ne doit pas être un objet de spéculation », — à moins, est-on en droit de sous-entendre, que cette spéculation ne s'exerce à notre détriment. Venait ensuite la petite phrase obligée sur le monopole dont nous jouissons. Ce même monopole a figuré, comme on pouvait s'y attendre, dans les travaux des rapporteurs de la loi nouvelle au Sénat et à la Chambre des députés. Il figure de rechef, tout naturellement, dans la très longue circulaire annexée à l'arrêté ministériel qui règle l'application du célèbre article 15.

En prenant connaissance, avec tout le soin et l'attention qui conviennent, du texte de cette circulaire, je me rendais mal compte de l'intervention de cet affreux monopole, « ce pelé, ce galeux d'où vient tout le mal », en une circulaire de cette nature. N'ayant

quinze jours, mais qui y rentrait quelques jours après avec une récidive de sa cystocèle et de sa rectocèle ; c'est enfin une femme de 52 ans qui fut aussi guérie en deux semaines, mais qui bientôt vit son vagin retomber ; une colpoperinéorraphie la guérit définitivement. Il est bien entendu que toutes ces interventions ont été pratiquées à la cocaïne.

Mais que conclut M. Reclus ? Que la simplicité opératoire est évidente. Dans son dernier cas, il a eu une hémorrhagie tenant à la transformation en tissu caverneux de la paroi vaginale, ainsi que le faisait tout à l'heure remarquer M. Routier. Ces hémorrhagies ne sont pas redoutables, car elles sont sous l'œil pour ainsi dire, les pinces ou les ligatures sont faciles à placer sur les vaisseaux qui donnent. Quant au résultat définitif, à l'efficacité de la sangle élastique invoquée par M. Quénu? A cet égard il partage le septicisme de MM. Richelot et Segond. Ce n'est pas le poids d'un utérus presque toujours atrophié qui pousse la muqueuse vaginale au dehors, c'est son hypertrophie même et c'est à cette dernière qu'il faut s'attaquer en supprimant l'étoffe qui est en trop. On pourrait même prendre en faveur de cette opinion, la statistique de M. Quénu lui-même, cinq fois il a enlevé l'utérus, quatre fois il a pratiqué en même temps la colporraphie et a eu quatre succès, une fois il ne l'a pas faite et il a vu le vagin retomber.

C'est donc l'intervention sur le vagin et sur le périnée qui est l'opération de choix. L'extirpation de l'utérus ne devra se faire, bien entendu, qu'après la ménopause et lorsque cet utérus aura vu son poids augmenter par le fait d'une dégénérescence néoplasique ou inflammatoire.

Dans le courant de la séance, M. Mayor (de Genève) a été élu membre associé ; MM. Czerny (d'Heidelberg), Démosthène (de Bucharest), Keen (de Philadelphie), Thornton (de Londres) ont été nommés membres correspondants étrangers, et MM. Choux, Ménard, Huf, Lecerf, correspondants nationaux.

Eugène Rochard.

---

amais pensé qu'il y eût rien de positivement choquant, ni de pénible, ni d'énorme, à informer l'autorité des cas de maladies contagieuses contre lesquelles nous devons agir de concert dans l'intérêt de la santé publique, je ne m'expliquais pas comment l'obligation qui nous est faite désormais pourrait être le prix « du monopole concédé aux médecins par l'Etat, » ni en quoi cela pouvait payer, au moins en partie, « les privilèges que l'administration nous octroie ». Une lueur m'a tout d'un coup éclairé quand j'eus lu, très loin de ces premières lignes du texte : « Le médecin ne sera pas tenu de signer sa déclaration ; un numéro inscrit sur chacune des feuilles de son carnet suffira pour le faire reconnaître. » Puis la lumière s'est faite complète après cette phrase moins cauteleuse : « Je vous prie de faire dresser une liste complète des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes exerçant dans votre département et de donner à chaque praticien un numéro. »

Ah ! mes gaillards ! vous vous payez le luxe de découvrir des légions de microbes, d'en voir ou d'en mettre partout, de nous les servir à toutes les sauces, pour « épater le bourgeois » et vous donner de l'importance ; ah ! il vous faut des lois sur l'exercice de la médecine, sur la protection des enfants, sur l'assistance publique, sur la police sanitaire « et autres », comme dit un colonel bien connu ; eh ! bien, en fait de police, voilà qui est

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances de décembre 1893 (fin).

Origine corticale et trajet intra-cérébral des fibres de l'étage inférieur du pédoncule cérébral

M. Déjerine. — Toutes les fibres de l'étage inférieur du pédoncule ont une origine corticale et descendent directement de l'écorce dans le pied du pédoncule.

Les lésions du lobe occipital ne retentissent pas sur le segment postérieur de la capsule interne ni sur le pédoncule. Dans ce cas, la dégénérescence porte exclusivement sur le segment intra-lenticulaire de la capsule et s'étend au pulvinar, au corps genouillé externe et aux tubercules quadrijumeaux.

Le faisceau interne du pédoncule naît de l'écorce de l'opercule rolandique ainsi que de la partie voisine de l'opercule frontal et, dans la capsule, il correspond au genou et à la partie antérieure du segment postérieur de cette dernière. Le faisceau interne du pédoncule, dit psychique, n'est ni plus ni moins psychique que les autres et est d'ordre moteur; il s'épuise presque complètement dans la protubérance et correspond à la région des centres corticaux du larynx, du pharynx, de la langue et du facial inférieur.

Le faisceau externe du pédoncule naît de la partie moyenne du lobe temporal et principalement de la partie moyenne des deuxième et troisième temporales, le faisceau n'est pas sensitif, il s'épuise dans la protubérance.

La partie moyenne du pied du pédoncule est formée de fibres qui tirent leur origine de la zone corticale rolandique depuis le 1/5 inférieur de cette dernière jusqu'à sa partie supérieure, y compris la partie postérieure des deuxième et troisième frontale, le lobule paracentral et l'extrémité antérieure du lobe pariétal. Cette zone correspondrait à l'origine corticale du faisceau pyramidal.

En résumé, en divisant arbitrairement en cinq parties l'étage inférieur du pédoncule, le cinquième interne correspondrait à l'opercule rolandique et à la partie voisine de l'opercule frontal, le cinquième externe à la partie moyenne des deuxième et troisième

---

pour vous satisfaire : numérotés d'abord, embrigadés plus tard et, pour finir on vous brodera au col de l'habit le numéro avec les initiales du département.

Et très vite nous cesserons d'être le docteur A... ou le docteur B... pour devenir le nº 1 ou le nº 2. Le *cher confrère* qui passe de mode, se transformera en *mon cher numéro*. On pourrait, à la rigueur, pour garder un vestige de l'ancienne tradition, adopter *cher conchiffre*, mais il sera nécessaire de modifier les formules de bas de lettres conformément à l'esprit de la circulaire, en n'envoyant plus que « l'expression de ses sentiments bien arithmétiques ». Il y aura des numéros malheureux dont on se défendra comme de la peste. Les docteurs à qui écherra le chiffre 13 n'auront plus qu'à s'inscrire au bureau de bienfaisance, s'ils sont philosophes. S'il s'en trouve, au contraire, parmi eux qui aient un tempérament de lutteur et que la mauvaise fortune irrite sans les abattre, ils assigneront l'administration en dommages et intérêts chaque fois qu'un client les quittera pour un numéro moins lugubre. Car ce sera la compensation des ironies de ce système (il n'est pas de misère qui n'ait la sienne) que les chances ou les gaîtés qui s'attacheront à de certains chiffres.

Tous les joueurs de loto me comprendront. Mais il faudra être dans les quatre-vingt-

temporale, et les trois cinquièmes moyens ou faisceau pyramidal proprement dit, aux quatre cinquièmes supérieurs de la zone rolandique, au lobule paracentral et à la partie antérieure du lobe pariétal.

L'étage supérieur du pédoncule est donc composé de fibres qui ne s'arrêtent nulle part dans les ganglions centraux.

Pathogénie de la scarlatine

M. Ricochon a recueilli une série d'observations qui montrent les rapports de la scarlatine avec l'érysipèle, la lymphangite, etc.

Un homme est atteint d'une inflammation suppurative survenue à la suite de l'exacerbation d'un ulcère variqueux de la jambe ; il se développe une éruption scarlatiniforme généralisée, d'abcès multiples sur le trajet des lymphatiques de la jambe et finalement le malade meurt de résorption purulente.

Mais une femme qui visite le malade a un érysipèle de la face et son mari une adénite suppurée de l'aisselle à la suite d'une écorchure.

Une jeune voisine récemment accouchée est atteinte de scarlatine franche ; une lymphangite cordée de l'avant-bras survient chez un homme retour du Tonkin et débilité, qui visitait souvent le premier malade ; enfin, un visiteur de tous les malades précédents a un érysipèle de la face.

Péritonite à pneumocoques sans pneumonie

MM. Charrin et Veillon ont observé dans le service de M. Bouchard un homme atteint de cirrhose atrophique qui succomba à la suite d'accidents fébriles avec auto-intoxication, cystite et péritonite presque latente. Deux ponctions capillaires pratiquées dans le péritoine très peu de temps après la mort, permirent de retirer un liquide purulent qui ne renfermait que le pneumocoque. Par contre, à l'autopsie qui eut lieu 25 heures après la mort par un temps froid, le liquide très riche en fibrine renfermé dans le péritoine ne contenait plus que le coli bacille.

Cette observation montre que la péritonite à pneumocoques évolue avec une réaction fébrile très modérée et a une marche torpide. Elle prouve aussi que les résultats fournis par les examens bactériologiques pratiqués 24 heures ou plus après la mort n'ont aucune valeur.

---

dix premiers numéros et encore en est-il parmi ceux-là que je vous conseille d'éviter autant que possible

Pour ma part je n'aimerais à être ni le nº 41, — jour sans pain, ni le nº 48, — la cloche d'alarme, ni 75, — face de fer, ni surtout 90, — la fin du monde ! Les médecins qui auront ce dernier rang pourraient cependant espérer de se créer une belle clientèle dans le milieu anarchiste. Il y a peut-être là une idée à creuser. En laissant aux praticiens le choix de leur nombre officiel, on fournirait des indications précieuses aux différentes catégories de clients. Le médecin nº 14 (l'homme fort) se recommanderait, sans autres frais, à la sympathie des forains; les petites dames auraient une propension évidente à se confier aux soins du Docteur nº 22, etc., etc.

Mais quittons le côté comique de la mesure. Il ne manque point de raisons sérieuses de la combattre, j'en signalerai une seule : son inutilité absolue. A qui un médecin traitant, obéissant à la loi, peut-il avoir intérêt à cacher son nom? Aux seuls clients qui motiveront ses communications à l'autorité. Mais puisque ces communications n'ont d'objet réel que quand elles doivent donner lieu à des mesures officielles de prophylaxie, et que chacune d'elles sera suivie de l'exécution de ces mesures, le médecin qui les aura provoquées se trouvera découvert par le fait même. Il en résulte que pas une fiche

Action pyrétogène du liquide testiculaire

M. Daremberg a vu des injections de liquide testiculaire aseptique pratiquées chez des tuberculeux apyrétiques provoquer une fièvre passagère ; la température atteignit 40°.

M. Capitan a observé des faits analogues chez les ataxiques.

BIBLIOTHEQUE

—

Dr A. Boiffin : *Tumeurs fibreuses de l'utérus,* Paris, Rueff et Cie, éditeurs. — 1893.

L'étude de M. Boiffin sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, qui vient de paraître dans la bibliothèque Charcot-Debove, comprend deux parties bien distinctes : dans la première, l'auteur groupe toutes les connaissances que nous possédons actuellement sur l'anatomie pathologique, les symptômes, l'évolution des diverses variétés de fibromes utérins ; dans la seconde, plus compendieuse que la précédente, il consacre toute son attention au traitement.

Rien à dire des premières pages, où sont exposées les notions que l'on trouve depuis longtemps dans les auteurs sur l'aspect macroscopique, la structure et les transformations possibles des fibromes de l'utérus. Cependant, nous croyons devoir signaler le passage qui a trait à l'influence, si exagérée par certains, de la ménopause sur ces tumeurs et l'action de la grossesse.

Les rapports des fibro-myomes avec l'utérus sont très bien étudiés, et la division nous paraît parfaite au point de vue thérapeutiqne. En effet, M. Boiffin distingue : les fibro-myomes du corps utérin, interstitiels, sous-péritonéaux et sous-muqueux, et les fibro-myomes du col. Les figures empruntées à Doyen mettent clairement sous les yeux du lecteur ces différentes variétés.

Suivant, comme l'a fait Pozzi, le fibro-myome dans son évolution, M. Boiffin décrit trois types : le type à évolution parenchymateuse ou interstitielle, le type à évolution vaginale et enfin le type à évolution abdominale, et il ajoute : « Quel que soit le type que revête la tumeur, le diagnostic s'appuie surtout sur les trois signes suivants, qui

---

ne quittera le cahier à souches sans que le médecin en ait averti ses malades ou leurs familles. Pourquoi dès lors cacherait-il son nom derrière un chiffre? La profession médicale est, entre toutes, celle où la responsabilité personnelle est la plus directe et la plus immédiate; elle apprend à ceux qui l'exerce à ne point reculer devant les conséquences de leurs actes, parce qu'elle leur impose, de bonne heure et à tout moment, l'habitude de ne se déterminer à agir qu'à bon escient, après mure et fructueuse réflexion. En dehors de la pratique même de notre art, les études qu'il a exigées de nous, sont de celles qui affirment et développent au plus haut degré l'indépendance de l'esprit et du caractère. Dans ces conditions on ne voit vraiment pas les motifs qui nous pousseraient à rechercher l'anonymat pous signaler au maire de notre commune qu'un de ses administrés est atteint de scarlatine ou de diphthérie et qu'il y aura lieu d'envoyer à son domicile une équipe en blouses avec un clyso à roulettes.

Nous serions bien surpris si, sur les cartes du carnet à souches, la signature en chiffres se substituait souvent à la signature en lettres de nos confrères.

sont d'une importance de premier ordre : 1° les caractères principaux de la tumeur : forme, consistance et sensibilité ; 2° les rapports de la tumeur avec l'utérus ; 3° l'agrandissement de la cavité utérine. »

J'ai hâte d'en arriver au traitement, qui constitue la partie principale du travail : « La technique opératoire se perfectionne ; les indications des différentes méthodes se précisent davantage, et chaque jour voit le pronostic opératoire s'améliorer et acquérir une bénignité égale à celle des interventions admises sans conteste aujourd'hui. »

Un seul agent du traitement médical a survécu : c'est l'ergotine, dont on a cependant trop multiplié les indications.

Quant au traitement chirurgical palliatif, qui agit uniquement contre les hémorrhagies, les indications des injections vaginales très chaudes, du tamponnement et du curettage sont successivement envisagées. Suit une très bonne étude et une judicieuse critique de l'application de l'électricité et de son influence si exagérée sur les hémorrhagies et sur le volume de la tumeur. Enfin, la castration ovarienne est longuement développée.

En tête du chapitre consacré au traitement chirurgical radical, l'auteur rappelle que a présence seule du fibrome ne justifie pas une intervention, si simple qu'elle soit, tant qu'il ne se manifeste pas par des symptômes constituant une menace pour un avenir plus ou moins rapproché; mais il ne faut pas laisser passer le moment opportun d'une intervention facile et bénigne et assumer ainsi la responsabilité d'accidents plus graves et d'une opération plus dangereuse.

Le mode d'intervention est subordonné au volume, au siège, à la multiplicité des tumeurs. Les petits fibromes, même multiples, doivent être enlevés par les voies naturelles ; mais, si le volume est trop considérable, si l'évolution est péritonéale, c'est par la voie abdominale que l'on attaquera le néoplasme.

Les diverses opérations, vaginales ou abdominales, sont décrites avec un soin tout particulier.

Tout est à lire dans cette partie du traité, et je signalerai seulement les pages intéressantes sur le traitement du pédicule et les indications de chaque méthode suivant l'évolution spéciale de la tumeur.

En terminant, l'auteur consacre quelques pages à la coexistence des fibromes utérins et de la grossesse et indique l'influence réciproque qu'ils exercent mutuellement sur eux et la conduite à tenir dans les différents cas.

Louis Beurnier.

Le microscope et ses applications, par H. Beauregard. — Un volume de l'Encyclopédie des Aides-Mémoires. G. Masson, 1893.

L'auteur décrit d'abord l'instrument et ses accessoires, puis passe rapidement en revue les différents objets sur lesquels l'histologiste a surtout à porter son attention. Il étudie la cellule, sa constitution, puis l'ovule, les tissus, les organes et enfin les produits, c'est-à-dire le mucus, le lait, le sperme, etc.

Les pages suivantes sont consacrées à l'étude des parasites puis à des notions d'histologie végétale que nous nous permettrons de trouver un peu écourtées. Ce n'est vraiment pas assez de trois lignes pour décrire les organes femelles des muscinées et des cryptogames vasculaires. D'autre part le souci de la brièveté conduit M. Beauregard à écrire des phrases qui trahissent sa pensée. C'est ainsi que lorsqu'il dit : l'union de l'opercule aux bords de l'urne présente un ou deux cercles de dents formant le péristome, il semble admettre que ce dernier forme une dépendance de l'opercule, tandis qu'il sait aussi bien que nous qu'il n'en est rien.

Par contre, nous n'avons que des éloges à donner à la partie pratique ; l'auteur a su

indiquer les meilleurs réactifs ; leur mode de préparation est de plus exposé avec des détails suffisants.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES FOSSES NASALES, DE LA CAVITÉ NASOPHARYNGIENNE ET DES SINUS DE LA FACE, par le docteur J.-S. MOURE. — 2e édition, Paris, O. Doin, 1893.

M. Moure a cherché à faire un livre pratique avant tout. Il a remanié complètement le chapitre de la première édition relatif à la pathologie nasale qui a donné lieu, dans ces derniers temps, à de nombreux travaux. L'auteur a fait suivre la technique rhinoscopique d'un chapitre de thérapeutique générale, dans lequel il a exposé les différents modes de traitement mis en usage, en faisant ressortir les inconvénients et les avantages de chaque méthode. De nouveaux chapitres sont consacrés à l'hydrorrhée nasale, fibrineuse, au coryza caséeux, au lupus, à la morve.

De nombreuses figures, originales pour la plupart, ont été gravées pour faire ressortir certaines affections ou permettre de mieux expliquer quelques nouveaux modes de traitement. Les figures concernant les cavités accessoirs en particulier, sont presque toutes inédites et ont été dessinées d'après des photographies faites sur des coupes pratiquées sur le cadavre.

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

—

*Les nouvelles dispositions législatives dont l'*Union médicale *a rendu compte à ses lecteurs imposent aux médecins des obligations nouvelles et nécessitent leur intervention directe dans les questions sanitaires ; nous croyons donc leur être agréable en leur donnant sous une forme très concise et répondant au titre que nous avons adopté, quelques renseignements pratiques sur les sujets dont ils vont être appelés à s'occuper.*

Nous commencerons d'abord par les maladies éruptives en prenant pour type la variole, dont il règne en ce moment une petite épidémie à Paris.

La prophylaxie des maladies éruptives comprend trois services principaux :

1° L'isolement du malade.

2° Les précautions à prendre pendant le cours de son affection.

3° Les mesures auxquelles il faut recourir après le décès ou la guérison.

1° Isolement du malade

Lorsqu'un médecin constate un cas de variole dans sa clientèle, si le malade appartient aux classes ouvrières, si le logement de la famille ne se prête pas à l'isolement et si plusieurs personnes habitent la même chambre, le parti le plus sage consiste à envoyer le varioleux à l'hôpital. Il faut faire tous ses efforts pour persuader aux parents qu'il est indispensable de s'y résoudre, dans leur intérêt comme dans celui du malade.

Si la famille est aisée, et si l'appartement s'y prête, il faut choisir la pièce la plus écartée et la disposer de façon à recevoir le malade. Pour cela on enlève les grands rideaux, les tentures et le tapis, on balaye la chambre, on la nettoie à fond, on l'aère pendant quelques heures, en ouvrant les fenêtres en grand, puis on y allume un feu clair pour la ramener à la température de celle qu'occupe le malade. On y dispose le lit de façon à ce qu'on puisse en faire le tour, à ce que la tête soit tournée du côté des fenêtres, afin que le jour ne lui frappe pas dans les yeux ; on bassine le lit et on y transporte le malade avec précaution.

A partir de ce moment, il ne faut plus laisser entrer dans la chambre que les personnes destinées à soigner le malade. Il faut que ces personnes aient eu la variole ou aient été revaccinées. S'il est impossible qu'elles se mettent complètement en quarantaine, elles doivent, pour approcher le malade, adopter le port d'une blouse ou de tout autre vêtement très ample pouvant passer à la lessive. Elles le mettent en entrant dans la chambre et le quittent en en sortant, et se lavent le visage et les mains à l'eau boriquée à 4 p. 100 avant de reprendre le contact avec les personnes saines. C'est, de plus, une bonne précaution que de se laver la bouche à l'eau bouillie. Elles ne doivent jamais manger dans la chambre du malade.

2° Précautions à prendre pendant la maladie

Les soins de propreté les plus minutieux doivent entourer le malade. Son linge et les draps du lit seront fréquemment changés, et, en attendant qu'ils soient envoyés au blanchissage, on les placera dans un seau rempli d'une solution désinfectante.

On peut se servir pour cela de la solution de sulfate de cuivre à 50 grammes par litre, ou de chlorure de chaux à la même dose. On peut également employer l'acide phénique à 5 p. 100, le bichlorure de mercure au millième ou l'émulsion de crésyl entre 5 et 10 p. 100.

La même solution servira à désinfecter les selles du malade au moment de leur émission et avant de les jeter dans les cabinets d'aisance. Les liquides qui auront servi à lui pratiquer des lotions, à lui laver les mains et le visage, seront traités de la même façon.

COURRIER

— L'empereur d'Allemagne a décidé que les médecins de l'armée, à l'exception des officiers de gendarmerie et des fonctionnaires asssimilés, porteraient, comme les officiers, le manteau en drap gris, au lieu du drap noir.

— Dans des recherches récentes, MM. Phisalix et Bertrand avaient établi que le venin et le sang du crapaud et de la salamandre contenaient des principes toxiques communs. entièrement solubles dans l'alcool et appartenant, au moins en partie, au groupe des leucomaïnes. Continuant leur investigation, les mêmes auteurs viennent de montrer qu'il existe dans le sang de la vipère des principes semblables à ceux de son venin, doués comme ceux-ci d'une très grande activité physiologique, et devant être considérés comme la véritable cause de l'immunité de la vipère pour son propre venin. MM. Phisalix et Bertrand pensent que ces principes toxiques du sang proviennent de la sécrétion interne des glandes. (*Revue scientifique.*)

Légion d'honneur. — Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins de première classe des colonies Henry et Rançon ; — Duval, médecin du service local à Saint-Louis.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté décerne les récompenses suivantes aux thèses soutenues pendant l'année scolaire 1892-1893 :

Médailles d'argent : MM. Arrou, Artault, Claisse, Faure-Miller, Guillemain, Mauclaire, Rénon, de Saint-Germain, Soupault et Vialet.

Médailles de bronze : MM. Bernheim, Chavane, Decréquy, Delorde, Durand, Œttinger, Gaston, Janet, Leray, Loisel, Marois, Maupâté, de Mello Vianna, Ravé, Renault, Sonnié-Moret, Tchérépakhine, Terson, Thérèse et Trognon.

Mentions honorables : MM. Archawski, Benoît, Bonneau, Bouquet, Breton, Brion

Brodier, Bureau, Calbet, Déhu, Ducellier, Flandre, Gallet-Duplessis, Gotchaux, Hélary, Houdaille, Le Coquil, Leredde, Papillon, Pécharman, Pérignon, Sorel et Triboulet.

— Un concours s'ouvrira le 9 juillet 1894 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Nantes.

Justes représailles. — Depuis la mise en vigueur de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, le médecin allemand de Massevaux (Haute-Alsace), M. Ortcheid, a reçu de la préfecture de Belfort, par l'entremise de M. le Maire de Rougemont, la signification d'avoir à ne plus exercer la médecine en France.

Il ne devrait pas y avoir de frontières pour l'exercice de la profession médicale, mais cette mesure n'est que la réciproque de celle prise contre M. le docteur Grisez, ancien député, par les Allemand, qui lui ont interdit l'exercice de la médecine en mai 1889, interdiction qui lui a été renouvelée le 20 octobre dernier par le Kreisdirector d'Altkirch.

Nous espérons que cette mesure sera prise contre tous les médecins allemands qui viennent exercer en France, si les autorités allemandes n'autorisent pas les médecins français qui habitent près de la frontière à voir les malades en Alsace. (*Lyon médical.*)

— Le Conseil municipal ayant décidé que les écoles d'infirmiers et d'infirmières seraient pourvues d'un conseil de surveillance et de perfectionnement, la liste des membres de ce conseil vient d'être dressée de la façon suivante :

MM. Bompard, Dubois, Faillet, Levraud, Lampué, Lucipia, Navarre, Strauss, membres du Conseil municipal.

Reulos, membre du Conseil général; docteur Aubeau, de la polyclinique de l'hôpital international; docteur Butte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; docteur Comby, médecin de l'hôpital Tenon; Albin Rousselet; docteur Thulié, membre du Conseil de surveillance des asiles d'aliénés; docteur Vallon, médecin de l'asile de Villejuif.

Nous nous demandons ce que la polyclinique vient faire là !

— L'Académie des sciences a élu, dans sa dernière séance, comme vice président M. Marey.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine, ont été ainsi arrêtées :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geoffroy; 3. Mathis; 4. Duchateau; 5. Bertrand; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Fornel; 9. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Galliot; 2. Burot; 3. Frison; 4. Miquel; 5. Mahet; 6. Léo; 7. Vantalon; 8. Vergniaud; 9. Canoville; 10. Ed. Roux; 11. Cantellauve; 12. Riche; 13. Bodet; 14. Abelin; 15. Barrallier; 16. Maurin.

Médecins de 2e classe : MM. 1. Aubert; 2. Durand; 3. Prigent; 4. Reygondaud; 5. Le Floch; 6. Guillaud; 7. Lesueur-Florent; 8. Hagen; 9. Hervé; 10. Maisse; 11. Hamon; 12. Vallot; 13. Ferrandini; 14. Duclot; 15. Ehrman; 16. L'Helgouach.

Médecins des troupes : MM. les méd. de 1re cl. 1. Castagné; 2. Daliot; 3. Clavel.

MM. les méd. de 2e cl. 1. Lucas; 2. Nouaille; 3. Faucheraud; 4. Rezier; 5. Hutre; 6. Doublet; 7. Condé; 8. Hennequin; 9. Duranton; 10. Guy; 11. Masurel.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

La loi sur l'exercice de la médecine

Nous nous sommes occupé déjà de cette loi, à propos de son article 15 et de l'avis demandé à l'Académie de médecine par le ministre de l'intérieur ; mais elle n'était exécutoire qu'à partir du 1er décembre 1893 et, aux termes de l'article précité, sa mise à exécution devait être précédée d'un arrêté ministériel donnant la liste des maladies contagieuses dont la déclaration allait devenir obligatoire et fixant le mode de cette déclaration.

Cet arrêté a été rendu le 23 novembre dernier et il a été suivi d'une circulaire explicative émanant du ministère de l'intérieur. Cette instruction, commençons par le dire, est bienveillante pour nous. Elle est telle que le corps médical était en droit de l'attendre d'un administrateur qu'il a depuis longtemps adopté, qu'il a toujours soutenu et auquel il a ouvert à deux battants les portes de l'Académie de médecine.

M. Monod commence par rappeler aux médecins, comme nous l'avons fait nous-mêmes, que ce sont eux qui partout ont réclamé la déclaration obligatoire dans leurs Sociétés comme dans leurs Congrès et il s'attache à leur démontrer que ce n'est pas une violation du secret médical.

Nous nous empressons de relever dans cette partie de la circulaire une phrase d'une grande importance à nos yeux, parce qu'elle répond à une des préoccupations les plus sérieuses des praticiens, en leur permettant de s'abstenir lorsqu'ils s'y croiront contraints par leur conscience.

Elle prévoit le cas où *le devoir du secret résulte non pas de la nature propre de la maladie, mais des circonstances spéciales et exceptionnelles dans lesquelles cette maladie se produit. Dans ce cas, elle admet que le médecin peut justifier son abstention, en établissant qu'il ne pouvait avertir l'autorité sans manquer à son devoir professionnel.* Cette latitude qui lui est laissée était nécessaire, mais elle est suffisante si l'on en tient compte.

Le second point à relever à notre acquit, dans ce commentaire, est celui qui concerne les recommandations adressées aux maires, aux sous-préfets et aux préfets.

Les devoirs qui leur sont tracés consistent dans la simple exécution des instructions données par le Comité consultatif d'hygiène publique de France. Les maires devront recommander l'isolement des malades, la désinfection des objets à leur usage et des locaux qu'ils auront habités. Ils sont autorisés à délivrer gratuitement les désinfectants aux familles pauvres. Dans les cas de variole, ils devront rappeler à leurs administrés que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens efficaces d'empêcher la transmission du mal, s'entendre avec les médecins pour que cette opération soit faite et leur fournir du vaccin animal, en s'adressant à l'Académie de médecine qui se charge de le fournir gratuitement.

Dans le cas où un foyer épidémique viendrait à se former dans une commune, le sous-préfet doit y envoyer le médecin des épidémies et prévenir

le préfet du département qui en informe à son tour la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques.

Il n'y a dans cet ensemble de mesures rien de tyrannique ni de vexatoire; pas un mot de la circulaire n'autorise les maires à porter atteinte à la liberté des familles, à faire enlever des malades de leur domicile pour les porter à l'hôpital, pas plus qu'à opérer la désinfection des logements malgré la volonté des intéressés. Le rôle de l'administration municipale est tout de persuasion; il se borne à venir en aide aux familles et à les éclairer.

Dans cette mesure, elle peut compter sur un concours sans réserve de la part du corps médical tout entier. Le texte de la loi a pu l'alarmer, il a pu concevoir des craintes, en voyant cette mainmise de l'administration sur une profession essentiellement libérale; mais la circulaire du ministère de l'intérieur est de nature à le rassurer. Les lois, à notre époque, n'ont pas l'inflexibilité qu'elles avaient autrefois. Quand elles ne sont pas en harmonie avec les mœurs, elles restent à l'état de lettre-morte; lorsqu'elles se heurtent à des difficultés sérieuses dans la pratique, elles tombenten désuétude; elles ne valent, en un mot, que par l'application. Celle du 30 novembre 1892 aura, plus que tout autre, besoin de tact et de ménagements de la part de ceux qui seront chargés de la faire exécuter. Son interprétation judaïque fatiguerait bientôt et les maires et les médecins.

Il ne faut pas oublier, en effet, que les maladies soumises à la déclaration sont au nombre de douze et représentent une partie très importante du cadre nosologique. Dans les grandes villes, les médecins un peu répandus seront obligés d'adresser preque tous les jours une double liste de noms et d'adresses, l'une à la mairie et l'autre à l'administration.

Dans les temps ordinaires, comme il y aura rarement lieu d'intervenir, il est à prévoir que, dans bien des localités, ces listes s'accumuleront dans les bureaux, que les médecins se lasseront avec le temps de remplir chaque jour une formalité inutile et qu'on cessera d'en réclamer l'accomplissement. Il en sera de même *à fortiori* dans les petites villes et dans les campagnes. En réalité la déclaration dans les circonstances normales ne servira guère qu'à établir la statistique. C'est déjà quelque chose sans doute, mais il est à craindre que cet intérêt scientifique ne soit pas suffisant pour exciter le zèle des médecins.

La loi n'aura d'utilité réelle que dans le cas d'épidémie; et c'est celui que visent tous ses considérants. Dans l'intérêt de la santé publique, il faut que l'administration soit immédiatement informée de l'apparition des premiers cas, qu'elle connaisse au juste le point sur lequel ils se sont manifestés. Lorsqu'il s'agit d'un fléau comme le choléra, il n'y a pas un instant à perdre pour l'empêcher de se propager. Il faut combattre le mal à sa source. L'expérience en a montré la possibilité. A Paris, en 1884 et en 1892, on a heureusement détruit les petits foyers qui ont pris naissance et la maladie ne s'est pas généralisée.

Dans les cas moins graves, lorsqu'il ne s'agit que d'une petite épidémie locale de variole, de scarlatine; de fièvre typhoïde ou de diphtérie, la déclaration est encore nécessaire, parce que l'administration a des mesures à prendre; pour empêcher l'infection par les eaux, pour désinfecter les locaux, assainir les quartiers envahis et pour faire détruire au besoin les habitations trop insalubres.

Dans ces cas, l'intérêt de la santé publique est trop évidemment en cause pour que l'exécution de la loi rencontre la moindre opposition. Il peut arriver toutefois un moment où l'obligation imposée puisse devenir très onéreuse pour les praticiens. Qu'on suppose une épidémie de choléra un peu intense, le nombre des malades s'accroît alors avec une rapidité telle que tous les médecins demeurés valides sont débordés. Ils n'ont plus un instant à eux ni le jour ni la nuit. Il est évident que, dans ce cas, il serait bien inintelligent d'exiger d'eux qu'ils prennent, sur les quelques heures de sommeil qu'ils peuvent s'accorder encore, le temps de dresser en double expédition l'interminable liste des nouveaux malades ayant réclamé leurs soins pendant la journée; mais il n'est pas à craindre que l'administration pousse jamais l'exigence jusque là. Quant la maladie est partout, une information immédiate n'est plus nécessaire et les intérêts de la statistique eux-mêmes peuvent rester quelques jours en souffrance.

Pour triompher de la répugnance que l'article 15 imposait au corps médical, la circulaire du ministère de l'Intérieur a multiplié les précautions afin de rendre la déclaration confidentielle, Le nom de la maladie comme celui du médecin pourraient être remplacés par des numéros d'ordre. Nous n'apercevons pas très bien l'utilité de ce déguisement. Il expose à des erreurs et ne sauvegarde en rien la responsabilité des médecins par rapport à leurs clients. S'il advenait que l'un d'eux vînt à être inquiété par l'administration, le bulletin aurait beau n'être pas signé, le malade et son entourage sauraient parfaitement bien de quelle main est parti le coup qui les frappe.

Nous ne nous sommes occupé que de l'article 15 parce que c'est le plus important. La loi du 30 novembre contient pourtant d'autres dispositions sur lesquelles il y aurait beaucoup à dire, mais cela nous entraînerait trop loin,

La suppression des officiers de santé, la création du diplôme de chirurgien-dentiste, les garanties demandées aux étrangers pour exercer en France, sont autant de dispositions nouvelles sur lesquelles nous regrettons de ne pouvoir nous arrêter. Il en est de même de l'autorisation d'exercer la médecine en temps d'épidémie, que l'article 6 accorde aux intéressés munis de douze inscriptions et aux étudiants dont la scolarité est terminée, autorisation provisoire à laquelle on ne peut qu'applaudir.

En résumé, la loi étant promulguée, on ne peut que savoir gré à l'administration d'avoir tenu compte des appréhensions et même des scrupules du corps médical, et de s'être efforcée d'atténuer les rigueurs de la nouvelle obligation qui lui est imposée.

Jules Rochard.

Sur un nouveau mécanisme de l'étranglement herniaire

On sait combien sont variées les théories qui ont été imaginées pour expliquer le mécanisme de l'étranglement herniaire. Le nombre qui en a été donné prouve d'abord la difficulté de la question à résoudre et peut-être aussi l'insuffisance des idées émises.

A côté de la théorie de Rosé, pour lequel les valvules conniventes, en s'ap-

pliquant l'une sur l'autre fermeraient la lumière du canal ; de celle de Hermann Lossen, qui fait jouer le plus grand rôle à la pression que le bout supérieur de l'intestin exerce sur le bout inférieur; à côté du mécanisme de la coudure brusque invoquée par Busch et de l'effet produit par l'éventail mésentérique de Berger, M. le docteur Frœlich, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Nancy, nous donne, dans la *Gazette hebdomadaire* du 16 décembre 1893, une nouvelle explication de l'étranglement brusque qui repose sur deux faits : 1° *la consistance du croisement des pédicules de l'anse herniée*; 2° *l'existence d'un trajet herniaire à parois rayées de saillies hélicoïdales plus ou moins régulières.*

Examinons successivement ces deux causes, et tout d'abord l'entrecroisement! M. Frœlich l'a reconnu dans les opérations qu'il a pratiquées et dans les dissections qu'il a pu faire.

Pigray, du reste, l'avait bien observé et y attachait une grande importance ainsi que Scarpa, Maunoury, Laugier, Motte et bien d'autres. Cet entrecroisement existe donc dans nombre de cas. Existe-t-il dans tous ? là est la question et c'est ce que soutient M. Frœlich, qui dit qu'on le rencontrera toujours quand on voudra se donner la peine de le chercher.

Mais, pour lui, le point important réside dans les conditions anatomiques qui forcent cet entrecroisement à se produire. Dans le trajet herniaire, qui constitue un véritable canal, comme l'a démontré Gosselin, existeraient des inégalités, des saillies hélicoïdales, une espèce de pas de vis, ou de canon rayé dans lequel l'intestin forcé subit un mouvement de rotation qui fait passer une extrémité de l'anse sur l'autre. La chose est, du reste, facile à comprendre. L'entrecroisement produit, on sait « comment le contenu de l'anse herniée est séparé immédiatement du contenu du reste de l'intestin qui, exerçant des tractions sur l'anse herniée par les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, produit un enclavement de plus en plus complet. C'est alors que surviennent les phénomènes secondaires de l'étranglement, stase sanguine, exsudation séreuse et gazeuse... »

A ce propos, M. Frœlich rapporte, avec raison, les expériences de Bronislaw (de Dorpat) trop peu connues en France, et qui consistent à isoler sur un chien, par deux ligatures, une anse d'intestin préalablement vidée par refoulement; on l'abandonne ensuite dans le ventre, on sacrifie l'animal quelques heures après et on trouve l'anse distendue par des gaz et un peu de liquide. Nous souscrivons absolument à ces dernières conclusions. Quant à la forme hélicoïdale du trajet herniaire, elle peut exister et nous la rechercherons; bornons-nous à dire, pour le moment, qu'elle a échappé à Sachs et à Ramonède, qui ont bien étudié le canal des hernies congénitales, c'est-à-dire de celles qui s'étranglent brusquement. De plus, dans l'occlusion intestinale aiguë par étranglement interne, il existe bien rarement un trajet herniaire, c'est très souvent un anneau formé par une bride épiploïque ou autre dans lequel l'intestin vient se forcer.

Nous avons, du reste, été toujours surpris des nombreuses théories données pour expliquer l'étranglement herniaire survenant à la suite d'un effort. Les anneaux naturels de Riolan ne jouissent-ils pas comme la plupart de nos tissus d'une certaine élasticité ? sous l'influence d'une pression considérable exercée sur le paquet intestinal par les contractions du dia-

phragme d'une part, et de la paroi abdominale antérieure de l'autre, cette élasticité est momentanément vaincue, une anse est poussée au dehors et la partie qui reste en contact avec l'anneau étroit doit subir immédiatement une striction qui détermine la stase sanguine et tous les phénomènes secondaires bien connus. Dès lors, plus de réduction possible, les symptômes ne vont qu'en s'aggravant et les phénomènes d'infection viennent ici compliquer la striction. C'est toujours sur les parties latérales de l'anse en contact avec l'orifice que commence le sillon ulcératif, ce qui prouve que c'est là que s'exerce le maximum de pression.

E. R.

REVUE DE LA PRESSE AMÉRICAINE

CHIRURGIE

Elévation du bassin en chirurgie abdominale. Nouvelle table transportable pou obtenir cette posititíon. *Medical Ricord*, 13 mai, 1893, page 580, par H.-J. Boldt.

Comme tous ceux qui ont eu recours au plan incliné d'une façon systématique, l'auteur en loue les avantages. L'auteur emploie la méthode depuis cinq ans ; au début, il se servait d'une modification de l'appareil de Krieg, mais le trouvant trop incommode il fit construire une nouvelle table d'après un modèle à lui. Les dessins qui accompagnent le texte font bien comprendre sa disposition et en même temps ses inconvénients. Elle est loin, en effet, d'être simple et légère; les crémaillères, par lesquelles à lieu l'élévation du bassin, sont à rejeter, et le plan dorsal a l'inconvénient d'être d'une seule pièce, de telle sorte que la déclivité de la tête est absolue ; aussi l'appareil si peu coûteux, si simple et si léger du docteur Périvier, employé dans le service du professeur Terrier à Bichat, semble-t-il supérieur à tous égards.

Epithéliomas cutanés multiples. A Phillipps, *New-York med. j.*, 10 juin 1893, p. 639.

Il s'agit d'un cas très remarquable d'épithélioma cutané du sein qui se généralisa par îlots à la peau, chez une femme de 34 ans. Les tumeurs, qui dépassaient 600 en nombre, ne s'accompagnaient pas d'engorgement ganglionnaire. La malade succomba avec de l'anasarque ; l'autopsie n'est pas relatée, mais l'examen histologique d'un certain nombre des tumeurs enlevées pendant la vie confirma le diagnotic.

Résection de l'intestin grêle pour perforation causée par un tœnia, par le docteur Fayetee Drinlap, *New-York med. j.*, 11 février 1893, page 166.

Les symptômes furent ceux d'une hémorrhagie intra-abdominale ; comme la malade n'avait pas eu ses règles depuis six mois, on diagnostiqua une rupture de grossesse tubaire.

La laparatomie fut pratiquée de suite ; à l'ouverture du ventre on trouva un vers solitaire en partie contenu dans la cavité péritonéale. La perforation intestinale fut facile à trouver ; mais on ne put pratiquer l'entérorrhaphie simple, car la perforation était trop étendue et la suture eût amené une sténose. On pratiqua donc une résection suivie de suture de Lembert en surjet.

La malade souffrit pendant trente heures après l'opération de vomissements, mais

ceux-ci cédèrent à un lavement purgatif et, depuis ce moment, sa guérison fut ininterrompue et parfaite.

La durée totale de l'opération avait été de trente minutes, et on n'avait employé, par nécessité, que de l'eau ordinaire bouillie.

Diphtérie ; trachéotomie ; persistance et augmentation de la dyspnée ; curettage de la trachée; guérison, par le docteur Charles Scudder. *Boston médical journal*, 9 novembre 1893, page 465.

Il s'agit d'un garçon de 4 ans chez qui la trachéotomie avait été pratiquée au moment où la dyspnée commençait à s'accentuer. Tout alla bien jusqu'au deuxième jour après l'opération ; la dyspnée reparut et augmenta à partir de ce moment, malgré tous les moyens habituellement employés en pareil cas ; on retira alors la canule et une curette utérine mousse fut alors introduite par la plaie jusqu'à la bifurcation de la trachée; celle-ci fut alors curettée méthodiquement et débarrassée de toutes les fausses membranes qui l'obstruaient ; l'amélioration fut immédiate ; quelques fausses membranes sortirent encore spontanément le lendemain et la guérison se fit sans encombre. Il y a actuellement deux ans que cette opération a été faite. L'auteur dit qu'elle lui avait été suggérée par une conversation avec le docteur Wheeler de Chelsea-Man, qui avait agi de même dans un cas semblable.

Dans un article sur les **cholécystotomie** paru dans le *Medical Record* du 19 août 1893, page 225, le Dr W. S. Chusmann donne deux observations intéressantes de cette opération.

Dans le *premier cas*, il s'agissait d'une femme de cinquante ans, souffrant depuis 10 ans de lithiase biliaire ; l'opération montra une vésicule distendue par de la bile foncée, mais on ne trouva pas de calculs; la vésicule ouverte fut suturée à la paroi, un drain placé dans sa cavité et un autre dans la cavité péritonéale. Suture du reste de la plaie.

Peu de temps après l'opération survint une dysenterie intense et néanmoins la guérison de la plaie opératoire ne fut pas troublée. La malade fut revue cinq mois après l'opération en bonne santé, menant une vie active et très heureuse des résultats de son opération.

Le *deuxième cas* concerne une femme de 21 ans souffrant de lithiase biliaire depuis un an, époque de sa première couche ; elle eut une poussée de cholécystite peu de jours avant son entrée à l'hôpital, mais à ce moment elle ne présentait aucune tumeur dans la région de la vésicule et seulement de la sensibilité à la pression.

Incision oblique parallèle au rebord costal. Incision de la vésicule qui contient plusieurs petits calculs, et refoulement d'un calcul du canal cystique dans la plaie ; marsupialisation de la vésicule. Par oubli, on ne mit pas un drain dans la vésicule et la malade présenta des vomissements pendant les premiers jours; quand on refit le pansement on trouva la plaie de la vésicule obstruée par des caillots ; ceux-ci étant dégagés, il se fit un écoulement abondant de bile et tous les accidents disparurent. Le quatorzième jour un calcul assez volumineux sortit au moment où l'on pratiquait un lavage de la vésicule.

La plaie était guérie quand dans le cours de la 3e semaine après son opération, la malade eut une appendicite qui céda heureusement au traitement médical.

L'auteur conclut en adoptant les conclusions d'Iguatow : La cholécystotomie est l'opération type pour la lithiase biliaire ; c'est elle qui donne la plus faible mortalité.

La cholécystotomie idéale peut être employée dans les cas récents, où il y a peu d'altérations des parois de la vésicule ; elle présente à peu près la même mortalité que

la cholécystectomie ; celle-ci doit être réservée aux néoplasmes malins de la vésicule et aux cas d'obstruction du canal cystique.

La cholécystentérostomie enfin est à conseiller dans les cas d'obstruction du cholédoque.

Cas **d'ostruction intestinale guérie par la laparotomie**, par le Dr B. S. Talmey *Medical Record*, 11 novembre 1893.

Il s'agit d'une femme opérée antérieurement d'une salpingite droite. Les symptômes d'obstruction se déroulèrent d'une façon subaiguë et furent surtout notables par les attaques convulsives que la malade présenta. Ce n'est qu'après avoir employé en vain purgations répétées et lavements que l'on se décida à opérer, cinq jours après le début des accidents. On diagnostiqua une obstruction par adhérence de l'intestin à la cicatrice de laparatomie et coudure. Mais l'incision montra que ce diagnostic n'était pas exact ; on se reporta donc vers la région des annexes droites et là on trouva la cause de l'obstruction, celle-ci était due à des adhérences que le pédicule avait contracté en quatre points avec une anse d'intestin grêle qui se trouvait ainsi contournée en forme d'm majuscule. Les adhérences se détachèrent facilement mais on put alors constater qu'au niveau de deux d'entre elles la séreuse seule était détruite, tandis que les deux autres présentaient une perte de substance comprenant également la musculeuse. Ces deux dernières seules furent suturées. Le lendemain, débâcle intestinale abondante et guérison complète en deux semaines.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

Maladies du cœur

Endocardite tuberculeuse. — Insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale. — Hypertrophie idiopathique du cœur. — Symphyse cardiaque chez l'enfant.

1. Les lésions tuberculeuses de l'endocarde sont peu fréquentes. Elles peuvent revêtir différentes formes. Tantôt il s'agit d'une endocardite granulique, tantôt on se trouve en présence d'une endocardite caséeuse, ces deux formes pouvant exister sans végétations valvulaires ; tantôt enfin, on constate l'existence de véritables végétations sur les valvules mitrales ou aortiques. Les bacilles n'ont été que rarement découverts et le plus souvent on ne trouve, dans les végétations, ni granulations ni bacilles. Pour Hanot, dans ces endocardites, « il y a tout lieu de supposer que le sang altéré par la toxine a été l'agent de l'altération ». D'après une observation publiée par P. Lende et B. Petit (*Archives de médecine,* 1894, n° 1, p. 74), on peut admettre comme justifiée l'interprétation de Hanot sur la nature de quelques-unes des endocardites végétantes de la tuberculose. La malade s'était présentée sous l'aspect d'une cardiaque asystolique ; il y avait un double souffle cardiaque et pas de fièvre ; aucun phénomène pulmonaire n'attirait l'attention et l'autopsie montra cependant qu'il existait des lésions pulmonaires graves, dont l'évolution avait été absolument latente. A l'autopsie, en effet, on trouva, principalement aux bases, les poumons remplis de vieux tubercules à côté desquels existaient des granulations grises récentes. Il y avait une insuffisance fonctionnelle de la valvule tricuspide et la sur surface des deux valvules de la mitrale se trouvaient trois ou quatre végétations pâles, uniformes et molles. On y découvrit quelques rares bacilles et l'inoculation au cobaye fut positive. Cependant le tracé de la végétation

n'avait en rien l'aspcct d'une lésion tuberculeuse et il est probable que leur développement a été le fait de la toxine.

2. L'insuffisance fonctionnelle de la valvule tricuspide telle qu'elle existait chez la malade de MM. Lende et Petit n'a rien d'exceptionnel ; M. Dombrowski a étudié récemment, dans la *Revue de médecine*, l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale, beaucoup plus rare et due à la dilatation musculaire du cœur. Il suit de cette pathogénie et de l'absence de lésions graves que lorsque le muscle cardiaque reprend de la force l'insuffisance peut disparaître. L'orifice mitral ne se dilate pas ; il n'en est pas de même de celles de l'aorte.

3. L'augmentation de volume idiopathique du cœur a été récemment étudiée par J. Bauer et D. Bollinger. Bauer a constaté que l'hypertrophie dépend souvent, à Munich du moins, de l'abus de la bière; viennent ensuite comme principales causes : l'âge, les influences nerveuses, un travail physique exagéré. Bollinger, sur 1,500 autopsies d'aduldes faites en trois ans, à l'Institut pathologique a trouvé 42 cas d'hypertrophie avec dilatation ayant entraîné directement la mort; le poids moyen du cœur était de 535 grammes, tandis que pour le poids moyen du corps, 71 kilogrammes, il n'aurait pas du dépasser 300 grammes. Dans la majorité des cas, il n'y a pas de dégénérescence graisseuse du myocarde.

4. M. Mussy a mis en évidence, dans un travail paru dans la *Médecine moderne*, les particularités que la symphyse cardiaque présente chez l'enfant.

Elle peut exister chez le nouveau-né et dans la premiere enfance, mais sa fréquence augmente beaucoup au-dessus de 8 ans. La cause est toujours une péricardite d'origine rhumatismale ou tuberculeuse. Les symphyses totales, mais peu serrées, ne gênent pas le cœur dans son expansion; il peut se faire, au contraire, que des symphyses partielles entraînent des troubles fonctionnels nombreux.

Les signes sont peu nets et la symphyse cardiaque est souvent une trouvaille d'autopsie. L'hypertrophie est loin d'être la règle ; quand elle existe elle porte surtout sur les ventricules. Le choc diastolique est affaibli ou manque; il peut être remplacé par un souffle diastolique de la base que M. Potain attribue à l'évaporation du sang dans un cœur dilaté et fixé. Les variations de décubitus ne font pas changer la position de la pointe du cœur; c'est là un signe important qui coïncide avec une absence d'éloignement de la paroi pendant les mouvements inspiratoires. La dépression systolique de la région précordiale remplaçant le choc de la pointe est caractéristique lorsqu'elle occupe la pointe et les régions sterno-claviculaires sous-jacentes. Cette dépression peut exister dans des cas de maladies aortiques sans symphyse cardiaque. L'affaissement diastolique des veines du cou, l'excavation des fosses sous-claviculaires ont été notés par Ferrichs.

Les souffles que l'on entend à l'auscultation dépendent des lésions d'orifice qui sont souvent développées en même temps que la péricardite sous l'influence de la diathèse rhumatismale. On peut accorder une assez grande valeur à un dédoublement de ce temps à la base lorsqu'il n'est pas accompagné de roulement présystolique et des autres signes habituels du rétrécissement mitral.

La marche de la symphyse cardiaque est variable. Parfois elle n'entraîne que quelques palpitations, de l'essoufflement ou même passe complètement inaperçue, tandis que, dans d'autres cas, elle se révèle par une dyspnée intense, de la congestion pulmonaire, du gonflement des jugulaires, des œdèmes localisées aux membres inférieures ou de l'anasarque ; elle aboutit à la fin à une véritable insuffisance cardiaque et la mort survient au milieu de crises d'asystolie.

Ce qui domine le diagnostic, c'est l'intégrité ou l'altération du myocarde, et on doit s'attacher avant tout à éviter tout ce qui pourrait fatiguer le cœur.

Tout excès de fatigue, tout excès alimentaire constituent un danger. Le malade doit éviter les repas copieux, les troubles digestifs, afin d'empêcher les phénomènes réflexes sur le cœur qui sont fréquents, et les suractivités fonctionnelles du myocarde. La thérapeutique proprement dite ne peut s'adresser à la maladie elle-même, il faudra se borner à prévenir ou à combattre les accidents asystoliques. L'application de révulsifs, principalement des vésicatoires au niveau de la région précordiale, peut empêcher, dans une certaine mesure, la transformation scléreuse du muscle.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 janvier 1894. — Présidence de M. Fernet.

Abcès du foie à pus stérile

M. Rendu lit une communication que M. Zancarol a envoyée à la Société à propos des observations récentes de M. Laveran. M. Zancarol pense, contrairement à M. Laveran, que le pus de certains abcès hépatiques n'est pas stérile, même lorsque l'examen microscopique et les cultures ne permettent d'y rien découvrir. En effet, l'injection de ce pus, en apparence stérile, dans le rectum de chats, détermine chez eux de la dysenterie et des abcès du foie. Dans l'intestin de ces animaux on trouve, alors des streptocoques en grande quantité.

M. Laveran pense que les conclusions de M. Zancarol ne sont pas justifiées ; ayant ensemencé dans divers milieux de culture de grandes quantités de pus hépatique (1 et 2 centimètres cubes), M. Laveran n'a vu, dans les cas récents qu'il a rapportés, aucune culture se faire ; le pus est donc bien stérile. Si on trouve des streptocoques dans l'intestin de chats après l'injection de pus stérile, ce fait n'a aucune valeur, car les streptocoques peuvent aussi s'y rencontrer avant l'injection.

Abcès du foie à marche rapide avec pus stérile.

M. André Petit communique un fait d'abcès du foie survenu au cours d'une dysenterie chronique, suite d'une dysenterie aiguë des pays chauds chez un homme de 35 ans. L'abcès fut diagnostiqué quinze jours environ après le début des premiers symptômes. Quatre jours après, c'est-à-dire dix neuf jours après son début, cet abcès fut ouvert par un chirurgien ; il avait à peu près le volume d'une orange et siégeait en plein tissu hépatique à un centimètre environ de profondeur. Cet abcès avait donc eu une marche rapide.

Du pus fut recueilli et examiné par M. Claisse. L'examen direct, les cultures et les inoculations ne donnèrent aucun résultat. Donc, contrairement aux assertions de Kartulis et à l'opinion émise par M. Laveran, le pus stérile n'appartiendrait pas en propre aux abcès hépatiques à marche lente.

M. Laveran n'a pas dit que le pus stérile ne se rencontrait jamais dans les abcès à marche rapide, mais qu'il appartenait surtout aux abcès à marche lente. De plus, rien ne prouvait, dans le cas de M. A. Petit, qu'il s'agissait bien d'un abcès aigu. Les abcès hépatiques peuvent passer longtemps inaperçus, surtout lorsqu'ils débutent profondément. Puis le péritoine se prend et alors les douleurs apparaissent. Les phénomènes douloureux ne veulent donc pas toujours dire que l'abcès est récent.

M. Rendu a lu un très grand nombre d'observations venant à l'appui de l'opinion de

M. Laveran. Il a relevé entre autres de nombreux faits d'abcès hépatiques volumineux manifestant pour la première fois leur existence par leur rupture.

Origine poliomyélitique de certaines lésions des faisceaux blancs médullaires dans la pellagre, la paralysie générale et diverses scléroses combinées.

M. Marie avait établi, dans une précédente communication sur le mode de production des lésions dans la sclérose latérale amyotrophique, que ces lésions sont dues pour une certaine part à l'altération de cellules spéciales, situées dans la région moyenne de la substance grise de la moelle et que l'on nomme *cellules du cordon latéral*. En un mot, ces lésions seraient d'origine poliomyélitique.

M. Marie pense qu'on peut accuser d'une même origine les lésions des faisceaux blancs dans la pellagre, la paralysie générale, et diverses scléroses combinées. Elles sont *endogènes*, c'est-à-dire dues à une altération primitive des cellules de la substance grise (cellules du cordon latéral, cellules du cordon postérieur). M. Marie montre les différences qui existent entre ces lésions endogènes et celles du tabès qui sont *exogènes*, c'est-à-dire consécutives à une altération des racines postérieures.

M. Fernet lit à la Société le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Quinquauds
Le bureau de la Société médicale est ainsi constitué pour 1894 :

M. Ferrand, président; M. Hayem, vice-président; M. Rendu, secrétaire général; MM. Le Gendre et Siredey, secrétaires des séances, M. Béclère, trésorier.

BIBLIOTHEQUE

Bruits de souffle et Bruits de galop

par le docteur E. Barié. — Paris, Rueff et Cie, 1893

Mieux que personne, M. Barié était désigné pour traiter des bruits de souffle et des bruits de galop. Elève du professeur Potain, familier depuis longtemps avec toutes les difficultés de l'auscultation cardiaque; l'auteur a su présenter d'une façon claire un sujet des plus difficiles à traiter. Nous ne pouvons suivre M. Barié dans tout son exposé didactique et nous nous bornerons à résumer la manière dont il comprend la question si discutée du cœur rénal.

Pour lui, les conditions pathogéniques en sont complexes, mais le fait capital qui domine dans le processus consiste dans l'exagération de la tension artérielle, conséquence de la résistance exagérée que le sang rencontre dans les vaisseaux capillaires périphériques. Celle-ci peut s'expliquer de la façon suivante : au début, sous l'influence excitante d'un sang mal dépuré avec lequel ils sont en contact permanent, les capillaires présentent un excès de tonicité, exagéré peut-être encore par une action réflexe partie directement du rein. Peu à peu, à la suite de cette influence prolongée, il se produit un épaississement de la paroi interne des vaisseaux, une endartérite à tendance progressive et la résistance au cours du sang est ainsi créée. Pour lutter contre elle, le ventricule gauche doit développer un travail plus considérable, il se dilate d'abord et s'hypertrophie ensuite. Le cœur lui-même est intéressé par ce travail irritatif; l'endartérite et la périartérite y entraînent la sclérose. Bientôt la nutrition cardiaque est très altérée, le muscle dégénère et le malade devient un cardiaque.

Ce résumé très court de quelques pages du livre de M. Barié, montre que l'auteur a

constamment cherché à associer la clinique à l'étude anatomique des lésions et à éclairer l'une par l'autre. Il a pu écrire ainsi une œuvre qui restera.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE HUMAINE
par L. LANDOIS. — Paris, REINWALD, 1893

L'ouvrage que vient de traduire M. Moquin-Tandon est classique en Allemagne. L'auteur, que ses nombreux travaux, sa vaste érudition, son expérience de l'enseignement avaient préparé de longue date à une œuvre de ce genre, a su résumer et condenser, sous une forme concise et claire, nos connaissances les plus précises sur la physiologie de l'organisme.

Par un choix judicieux des matières, il s'est attaché à présenter un tableau d'ensemble des fonctions organiques, insistant sur les faits acquis, passant rapidement sur les expériences douteuses, sur les questions mal élucidées où, à défaut de l'expérimentation, les hypothèses hasardées tiennent encore une trop large place. Ce qui fait surtout l'originalité de l'ouvrage du savant professeur, ce qui le distingue des Traités et des Manuels de physiologie, d'ailleurs excellents, publiés dans ces dernières années, et ce qui en a assuré en grande partie le succès, c'est la large part qui est faite aux applications médicales. L'auteur s'est, en effet, proposé d'offrir aux médecins et aux étudiants en médecine un livre spécialement écrit pour eux, en vue de leurs besoins. C'est ainsi que l'exposé des processus physiologiques normaux est toujours suivi d'un court abrégé de leurs altérations pathologiques ; de la sorte, la physiologie pathologique et la physiologie normale se complètent mutuellement et s'expliquent l'une par l'autre et le futur médecin en étudiant la physiologie d'un organe ou d'un appareil est initié aux processus morbides dont il est le siège. Les appareils et les méthodes, qu'il est utile au clinicien de connaître, ont été décrits avec beaucoup plus de détails qu'ils ne le sont d'ordinaire dans les traités de physiologie.

Enfin, l'histologie et l'anatomie microscopique, dont la connaissance est indispensable pour bien comprendre les processus vitaux, ont été traitées avec un soin tout particulier et exposés avec tous les développements qu'elles comportent.

COURRIER

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN ALGÉRIE. — Une Commission institué par le gouverneur général propose de formuler un projet de décret qui autoriserait par dérogation avec la loi, l'exercice de la médecine par les indigènes, consacrant uniquement leurs soins aux autres indigènes.

Deux ordres de médecins indigènes seraient constitués.

Les uns diplômés correspondraient aux officiers de santé actuels, seraient fonctionnaires et n'auraient pas le droit d'exercer la médecine en dehors du territoire indigène.

L'autre catégorie comprendra les *toubibs* indigènes auxquels on imposerait un stage dans les hôpitaux indigènes et qu'on exercerait dans les tribus.

Les praticiens de ces deux catégories seraient des indigènes, placés sous la surveillance de médecins français et dans les mains de l'administration qui pourrait les révoquer et leur enlever le droit d'exercer la médecine.

— Le conseiller aulique Nebinger, chirurgien très connu de Bamberg, s'est suicidé d'un coup de revolver pendant une opération, d'après le *Fremdenblatt* de Vienne.

— Il semble résulter de statistiques relevées par la direction des services sanitaires de l'Etat de Michigan (Etats-Unis) qu'il y aurait une relation entre l'ozone atmosphérique et l'influenza. En général, les cas d'influenza augmentent avec la proportion d'ozone dans l'air. (*Revue scientifique*).

Obsèques du docteur Quinquaud. — Les obsèques du docteur Quinquaud ont eu lieu mercredi dernier et un nombre considérable de collègues, d'amis et d'élèves ont accompagné son cercueil jusqu'à la gare d'Orléans.

De nombreux discours ont été prononcés et M. Hallopeau a pris la parole au nom de la Société de Dermatologie. La place nous manque pour insérer *in extenso* les paroles émues qu'a prononcé le médecin de Saint-Louis, nous ne pouvons qu'en extraire les passages suivants qui montrent bien le caractère de l'homme que le corps médical des hôpitaux vient de perdre :

« Je viens, a dit M. Hallopeau, au nom de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, dire un dernier adieu à notre profondément regretté collègue Quinquaud.

« Ancien interne de Bazin, dont on trouve un reflet, sinon dans ses doctrines, du moins dans son langage, il avait conservé de son premier séjour à Saint-Louis une prédilection pour les maladies de la peau ; il était ainsi désigné pour y devenir chef de service ; il y parvint en 1886 et depuis lors, après la période de recueillement que doit nécessairement traverser tout médecin qui s'adonne à l'étude de la dermatologie, des publications de plus en plus nombreuses sont venues témoigner de sa grande activité scientifique. Membre du comité de direction de notre Société, dont il a été en 1889 l'un des fondateurs, il a pris constamment part à ses travaux. Il s'était fait, au point de vue de la direction des recherches, une place un peu à part au milieu de nous. »

Puis il retrace la vie et les travaux de Quinquaud et termine en ces termes :

« Quinquaud était à la fois un observateur pénétrant et un professeur d'une réelle éloquence ; nous ajouterons que l'homme attirait toutes les sympathies ; ceux qui l'ont connu n'oublieront pas sa physionomie pensive, habituellement un peu triste, sur laquelle semblait constamment empreinte la préoccupation de quelque recherche scientifique et qui tout d'un coup s'éclairait d'un fin et doux sourire lorsque la présence d'un ami y apportait une distraction passagère. Depuis trente ans, le camarade, l'émule ou le collègue de Quinquaud, nous avons été témoin de sa grande puissance de travail et des efforts qui, après de longues et pénibles luttes l'ont amené successivement à l'internat, au bureau central, à l'agrégation et à l'académie ; il restera pour nous le type du travailleur persévérant et intelligent. C'est avec douleur que nous le voyons disparaître aussi prématurément, au grand préjudice de notre école dermatologique et de la science française. »

Concours pour le clinicat chirurgical. — Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 février 1894, à neuf heures du matin.

M. le docteur Franchomme vient d'être nommé, à la suite d'un concours, chef de clinique chirurgicale, près la Faculté de médecine libre de Lille.

— Le gouvernement italien vient d'annoncer officiellement, au gouvernement français, qu'il se fera représenter à la conférence sanitaire qui s'ouvre à Paris le 24 courant.

Création de deux nouveaux agrégés. — Le Conseil de la Faculté de médecine a décidé que l'on proposerait au ministre de l'instruction publique la création de deux agrégations spéciales nouvelles, une agrégation de dermatologie et maladies vénériennes et une agrégation d'ophtalmologie.

Le jury, pour la nomination de ces agrégés, serait composé d'une manière analogue à celui de l'agrégation d'accouchements.

— L'administration de l'Assistance publique vient de créer des services de vaccination publique gratuite qui fonctionneront à partir du 15 janvier.

Lundi : Bichat, 8 h.; Hôtel-Dieu, 10 h.; Saint-Antoine, 10 h. du matin. — Mardi : Tenon, 9 heures ; Lariboisière, 11 h. et demie du matin. — Mercredi : Laennec, 9 h.; Cochin, 10 h. du matin. — Jeudi : Andral, 9 h. et demie du matin. — Vendredi : Pitié, 8 h.; Beaujon, 10 h. du matin. — Samedi, Saint-Louis, 9 h.; Charité, 10 h. du matin.

— L'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg vient d'élire Pasteur au nombre de ses membres honoraires.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

La kératite lymphatique

Leçon professée par M. le docteur VALUDE, de la Clinique nationale des Quinze-Vingts, et recueillie par le docteur de BOURGON, chef de clinique.

De toutes les affections oculaires de l'enfance c'est bien la plus fréquente, qu'elle affecte la forme de kératite simple ou celle de kérato-conjonctivite. Elle atteint, à elle seule, plus des deux tiers des enfants qui se présentent aux consultations hospitalières. C'est, en effet, une maladie qui est plutôt l'apanage des classes pauvres, car elle procède, directement, de la misère physiologique, des conditions hygiéniques défectueuses dans la propreté individuelle, l'habillement. l'habitation, etc.; elle est en outre considérablement influencée dans son développement par le tempérament lymphatique si ordinaire aux enfants des indigents.

Elle a reçu des auteurs différentes appellations, motivées par l'aspect extérieur de la lésion, et suivant son siège spécial : kératite phlycténulaire, kérato-conjonctivite phlycténulaire ou pustuleuse, pustules de la cornée. Et même, quand tous les éléments protecteurs de l'organe de la vision : paupières, conjonctive, cornée se trouvent pris à la fois, on peut avec les anciens, lui donner le nom mérité d'ophtalmie lymphatique ou même scrofuleuse, comme nous verrons plus tard. L'origine de toutes ces déterminations morbides est la même.

Caractères généraux de la kératite lymphatique. — La kératite phlycténulaire, qui présente diverses formes cliniques, possède des caractères généraux qui se rencontrent à peu près dans tous les cas.

En premier lieu, les phénomènes subjectifs sont souvent intenses; le petit malade ne peut supporter la lumière *(photophobie)*, ses paupières sont contractées (*blépharospasme*), et, assez fréquemment, il est impossible d'écarter les voiles palpébraux, sinon avec l'aide des releveurs de Desmarres.

Nous devons noter avec soin l'absence de pus, et la présence d'une sécrétion exagérée de larmes brûlantes qui érodent la paupière inférieure et la peau de la face avoisinant le globe oculaire.

Anatomiquement, l'affection consiste en la présence de phlyctènes, c'est-à-dire d'exsudats muco-purulents, limités.

Les lésions sont souvent généralisées à tout l'appareil oculaire, et les paupières, la conjonctive et la cornée sont simultanément atteintes ; aussi certains auteurs décrivent-ils leur ensemble sous le nom d'ophtalmie scrofuleuse ou d'ophtalmie lymphatique.

Mais, dans cette leçon, laissant de côté la blépharite et la conjonctivite scrofuleuse, nous n'étudierons que la kératite, qui constitue d'ailleurs cliniquement la forme la plus importante de l'affection.

Etiologiquement, la kératite phlycténulaire existe principalement chez les classes pauvres et dans l'enfance. C'est vers l'âge de 6 à 12 ans, qu'elle

atteint son maximum et il est rare, lorsqu'on la voit se développer chez des sujets âgés de 15 à 20 ans ou au-dessus, qu'il s'agisse d'une première poussée. Généralement, dans ce cas, le malade a souffert dans son enfance de lésions oculaires lymphatiques.

La kératite phlycténulaire est d'ordinaire bilatérale, mais fréquemment le second œil n'est atteint qu'après que le processus morbide a envahi le premier ; souvent, après la guérison d'un œil, l'autre est soumis à une invasion de phlyctènes. Enfin, quelquefois, les deux yeux sont lésés simultanément.

Formes cliniques de la kératite lymphatique. — La kératite lymphatique offre plusieurs modalités qui se confondent d'ailleurs fréquemment, mais que, pour la clarté de la description, il est préférable d'étudier séparément.

1° *Kératite phlycténulaire du limbe.* — L'on voit apparaître au niveau du limbe scléro-cornéen une ou plusieurs élevures grisâtres entourées de vaisseaux. Ces élevures augmentent de volume, deviennent bientôt grosses comme un grain de mil et se crèvent au bout de quelques jours, laissant un petit cratère qui disparaît rapidement sans laisser de traces. Quelquefois ces phlyctènes forment une couronne totale; très petites alors, elles ne s'ulcèrent pas et s'affaissent. Cette forme de kératite phlycténulaire du limbe se rapproche beaucoup de l'affection décrite sous le nom de catarrhe printanier.

2° *Kératite phlycténulaire de la cornée.* — Dans ce cas, les élevures grisâtres siègent en pleine cornée. Dans le segment correspondant à la phlyctène siège une injection périkératique, caractérisée par une traînée de vaisseaux. Les pustules prennent une couleur gris-jaunâtre, augmentent de volume et s'affaissent ou s'ulcèrent. Mais les ulcérations ainsi produites sont bénignes ; comme il ne s'est produit là qu'un simple soulèvement épithélial, la cornée ne perd aucunement sa transparence. Dans des cas plus sérieux la membrane de Bowman est perforée ; il en résulte une ulcération qui entraîne une petite opacité légère de la cornée, laquelle souvent ne peut être perçue qu'à l'éclairage oblique.

3° *Kératite en bandelette.* — L'ulcération, dans cette variété de kératite, siège à la périphérie, puis, au lieu de se cicatriser, elle marche en avant, gagne de proche en proche en formant des dessins plus ou moins irréguliers accompagnés de pinceaux vasculaires qui la suivent. Autour de l'ulcération primitive s'étend une infiltration de leucocytes qui forme un halo blanchâtre dans l'épaisseur de la cornée. L'ensemble constitue une sorte de bandelette à tête centrale et à base périphérique plus étendue. Ces lésions, qui restent toujours superficielles, engendrent une opacité légère dont la forme irrégulière reproduit exactement celle de l'ensemble des ulcérations.

4° *Abcès de la cornée.* — L'infiltration de leucocytes, au lieu d'être superficielle, est ici profonde. Au début, l'on voit apparaître un point jaune entouré d'une infiltration grise des lames cornéennes. Cet abcès peut se terminer de différentes façons. Tantôt il se résorbe purement et simplement sans laisser de traces de sa présence, tantôt il se perfore à l'extérieur et l'on a alors un ulcère. Quelquefois, la perforation se produit à l'intérieur, de là l'existence d'un hypopion. Enfin, si la perforation est à la fois interne et extérieure, l'on a un ulcère compliqué d'hypopion. Lorsque la cornée est perforée de part en part, l'iris peut s'engager dans la solution de conti-

nuité, formant à la surface de la cornée une hernie noire grosse comme une tête d'épingle et analogue à une tête de mouche (d'où le nom de *myocephalon* donné à cette complication par les anciens auteurs). Le myocéphalon ne se produit évidemment que quand la perforation cornéenne est petite; quand elle est étendue, il se forme une large hernie de l'iris qui ne mérite pas de dénomination spéciale. Après la guérison, si la hernie de l'iris est petite, il se produit un *leucôme adhérent;* si la hernie est volumineuse, la cornée est déformée, de là un *staphylôme antérieur.*

Dans quelques cas rares, la cornée est perforée de part en part à l'exception de la membrane de Descemet, qui s'engage par la solution de continuité. La hernie de cette membrane est caractéristique en ce qu'elle est d'une transparence parfaite; elle reçoit le nom de *kératocèle.*

5° *Pannus scrofuleux.*— La cornée n'offre pas d'ulcération, au moins marquée, mais une infiltration qui se répand sur une étendue plus ou moins grande. Cette infiltration grisâtre s'accompagne d'un lacis vasculaire qui la teinte plus ou moins vivement en rouge, et cet ensemble constitue le *pannus.* Tantôt toute la cornée est envahie, tantôt il n'existe que des lésions partielles.

Symptômes communs aux différentes formes de la kératite lymphatique.— Nous les avons énumérés rapidement en étudiant les caractères généraux de la kératite lymphatique. Mais maintenant que nous connaissons dans quelques détails les formes cliniques de la kératite lymphatique, il est nécessaire que nous complétions la description de chacun de ces symptômes:

1° *Photophobie.* — Le malade offre une sensibilité excessive à la lumière; ses paupières sont fermées, contractées même (blépharospasme). Même dans une chambre, même dans l'obscurité, les enfants n'ouvrent que difficilement les yeux et quelquefois pas du tout; on en voit qui, pendant des semaines ou même pendant des mois, restent sans écarter les paupières et ceci même dans le noir presque absolu. Il est particulier de remarquer que le degré de photophobie et de blépharospasme n'est souvent pas en rapport avec la gravité de l'affection. Dans certains cas où l'on ne rencontre qu'une petite phlyctène, il existe un blépharospasme et une photophobie d'une intensité extraordinaire, tandis que les yeux sont très souvent dépourvus de photophobie dans les ulcères graves. Cette contradiction apparente s'explique facilement par l'anatomie et la physiologie. Les nerfs ciliaires se terminent, en effet, dans l'épithélium cornéen antérieur; or, les extrémités nerveuses sont seules sensibles, de là une irritation intense dans les cas de desquamations superficielles et une anesthésie presque complète dans les cas de destruction des extrémités sensitives. Cette explication rationnelle est vraie dans la majorité des cas; cependant, il ne faut pas laisser de côté un autre facteur, l'irritabilité propre du malade. Avec des lésions anatomiquement identiques, l'un possédera une photophobie et un blépharospasme considérables et l'autre ne présentera ces troubles que très atténués.

2° *Blépharospasme.* — L'irritation des nerfs ciliaires engendre la photophobie, laquelle produit la contraction des paupières par une action réflexe sur le rameau du nerf facial qui anime l'orbiculaire des paupières.

3° *Epiphora.*— Le larmoiement, généralement intense, est encore un acte réflexe. L'irritation des branches sensibles du trijumeau (photophobie)

produit une action vaso-sécrétoire sur les branches centrifuges du trijumeau qui innervent les glandes lacrymales.

4° *Rhinite chronique.* — Les malades atteints de kératite phlycténulaire présentent généralement un écoulement aqueux des fosses nasales, lequel est dû à deux facteurs. Le premier est constitué par des lésions de la muqueuse nasale et le second par un acte réflexe dont le point de départ est oculaire.

Durée de la kératite phlycténulaire. — Elle dure de 8 à 15 jours quand il n'existe pas de pannus ; mais il ne faut pas oublier que les récidives sont fréquentes. Quand la cornée est infiltrée dans sa totalité et vascularisée, la durée de l'affection est d'au moins un mois.

Symptômes concomitants : 1° *Blépharite.*—Les lésions palpébrales sont très fréquentes dans le cours de la kératite phlycténulaire ;

2° *Pustules conjonctivales.* — Il est bien rare que, lorsque la cornée est atteinte de pustules, la conjonctive soit ou en ait été indemne ;

3° *Impétigo.* — Sur la face, le cuir chevelu, l'oreille, le corps quelquefois, siègent des exulcérations croûteuses, qui font dire aux parents qui nous amènent leurs enfants, que ceux-ci sont atteints « d'une gourme qui leur serait tombée dans les yeux » (lésions impétigineuses, ecthyma, etc.) ;

4° *Rhinite.* — Elle est très fréquente dans les cas de kératite phlycténulaire et elle revêt généralement la forme anatomique de la rhinite hypertrophique chronique.

Etiologie. — Les anciens auteurs et Mackenzie entre autres attribuaient l'origine de la kératite phlycténulaire à la scrofule, et la décrivaient sous le nom d'ophtalmie scrofuleuse.

Actuellement, les avis diffèrent sur la pathogénie de la kératite phlycténulaire. En effet, tandis que M. Galezowski la rattache au lymphatisme et la décrit sous le nom de kératite lymphatique, M. de Wecker se demande si elle ne se produit pas chez des sujets non strumeux et M. Meyer, tout à fait affirmatif, déclare qu'il a vu de nombreux cas de kératite phlycténulaire dans les classes aisées, chez des enfants ne possédant pas trace de lymphatisme. Mais, par contre, M. Fuchs, dans son récent traité, attribue, comme les anciens, l'origine de la kératite phlycténulaire à la scrofule.

Horner (de Zurich), M. Augagneur (de Lyon) font dépendre cette lésion d'un état local et infectieux ; ce serait une sorte d'impétigo cornéen. En faveur de cette thèse, ils rappellent la rareté de la kératite phlycténulaire dans les cas de scrofule grave (suppuration de ganglions, formes osseuses) et affirment que cette affection est de cause externe uniquement, et parasitaire en somme.

Nous ne sommes pas d'une opinion aussi absolue et, pour nous, la kératite phlycténulaire est certainement, dans une certaine mesure, liée à l'état général. Tous les enfants chez lesquels nous l'avons observée sont manifestement, sinon des scrofuleux, du moins des lymphatiques soumis à de mauvaises conditions hygiéniques. On ne peut pas nier que, dans certains cas, un état local infectieux ne détermine une poussée de kératite phlycténulaire ; c'est ainsi qu'il n'est pas rare, en effet, de voir à la suite d'une rhinite éclore sur la cornée des pustules, mais toujours dans ce cas le terrain est entaché de lymphatisme.

Dans un certain nombre de cas, à la suite de la scarlatine, de la bronchite

infantile et surtout de la rougeole (30 p. 100), se produisent des poussées de kératite phlycténulaire ; il en est de même dans les périodes de dentition, mais nous retombons dans l'état précédent, un affaiblissement général de l'organisme.

En résumé, pour nous, le facteur fondamental dans la production de la kératite phlycténulaire est la déchéance organique. Dans la majorité des cas, celle-ci est engendrée par le lymphatisme et quelquefois par des états aigus fébriles et transitoires, mais, en résumé, l'infection locale ne jouerait ici que le rôle d'une graine qui ne pousse bien que dans un terrain spécialement préparé.

Traitement. — En premier lieu, il s'adressera à l'état constitutionnel et sera le même quelle que soit la variété de kératite.

A. *Traitement général*. — Les malades habiteront autant que possible un climat sec et chaud, leur alimentation sera reconstituante (proscription des crustacés, poissons, mets épicés, etc.); à ces préceptes hygiéniques, il est nécessaire de joindre l'administration de l'iode sous ses différentes formes. En hiver, l'huile de foie de morue à haute dose peut être conseillée; en été, il vaut mieux employer le sirop ou le vin iodotannique pour les enfants et l'iodure de potassium à dose faible (0 gr. 75 à 1 gr. par jour) pour les adultes.

Il est utile de joindre à cette médication l'emploi des bains chauds salés en hiver, et de conseiller en été le séjour aux bains de mer dans des régions abritées des vents et où il n'existe pas de sable fin.

B. *Traitement local*. Il varie suivant les différentes formes de kératite phlycténulaire.

1re *Forme* (Phlyctènes du limbe). On emploiera comme toilette locale les lavages boriqués tièdes. Au commencement, quand l'irritation est vive, il est très utile d'insuffler dans l'œil un peu de poudre de calomel. Dans ce cas, l'on doit se garder de prescrire l'iode à l'intérieur, pour éviter la formation chimique d'un biiodure de mercure qui pourrait entraîner des lésions oculaires graves.

Quand la réaction inflammatoire est tombée, on conseillera de mettre dans l'intérieur de l'œil, quotidiennement, gros comme un grain de blé de pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1 p. 100. La teneur de la substance active pourra être augmentée jusqu'à 5 p. 100. Cette application locale doit être répétée tous les soirs.

2e *Forme* (Phlyctènes de la cornée). Elle comporte le même traitement que la précédente, mais il est nécessaire d'y joindre l'instillation, matin et soir, de 2 à 3 gouttes d'un collyre au sulfate d'atropine à 1 p. 100.

3e *Forme* (Kératite en bandelette). Il faut employer, au début, la pommade au précipité jaune de mercure à 1 p. 100. Si l'ulcération n'a pas tendance à s'arrêter dans sa marche, on peut essayer d'enrayer le processus en touchant l'ulcération avec la pointe fine du galvanocautère et en découpant le pied des vaisseaux qui s'y rendent avec des ciseaux courbes fins (péritomie partielle).

4e *Forme* (Abcès de la cornée). Le traitement le plus actif, et très efficace, consiste dans l'emploi d'un pansement occlusif sec que l'on laissera en place pendant 3 ou 4 jours. Il est utile d'instiller auparavant dans l'œil 2 ou 3 gouttes d'un collyre au sulfate d'atropine à 1 p. 100 et d'insérer gros

comme un grain de blé de pommade à l'iodoforme à 5 p. 100, mais cette application des remèdes locaux a bien moins d'importance que l'occlusion de l'œil. Il est inutile dans les cas d'hypopion de pratiquer la paracentèse de la chambre antérieure et d'évacuer le pus; ce moyen, surtout vis-à-vis d'un ulcère de cette nature, ne rend pas de bons services. Quant l'hypopion a complètement disparu, que l'ulcère est détergé, l'on continuera à instiller 2 ou 3 fois par jour le collyre au sulfate d'atropine, que l'on joindra à la pommade à l'iodoforme; mais il faut se garder, à cette période et dans les formes précédentes, de laisser les enfants porter un bandeau qui empêche les larmes de s'écouler, et par là même augmente l'irritation oculaire. L'on se bornera à prescrire purement et simplemsnt des lunettes fumées, forme coquille, teinte numéro 3.

5e *Forme* (Kératite panneuse). — A l'usage prolongé de la pommade au précipité jaune à 1 0/0 et du collyre au sulfate d'atropine, il est souvent nécessaire de joindre une péritomie partielle ou totale, soit avec des ciseaux fins courbes, soit avec le galvanocautère. Le premier procédé est préférable, attendu qu'il joint au propre but de la péritomie (suppression des vaisseaux nourriciers) une saignée locale qui ne peut que décongestionner le globe oculaire.

Traitement des complications. — 1o *Kératocèle.* — Dans les cas de hernie de la membrane de Descemet, l'œil doit être placé dans une immobilité absolue obtenue par l'emploi du pansement occlusif sec.

2° *Myocéphalon.* — Le procédé de M. Gama Pinto, très ingénieux, ne doit pas être oublié dans la circonstance. Avec un stylet fin, on réduit la hernie iridienne, puis avec une paire de ciseaux courbes fins on détache un lambeau conjonctival de la surface ou bulbe oculaire. On le transporte ensuite sur la cornée et on bourre la perforation avec le lambeau de conjonctive, en ayant soin que la surface cruentée corresponde aux parois de l'orifice.

3° *Photophobie.* — A l'emploi interne du bromure de potassium, on joindra des irrigations glacées sur les paupières, prolongées et faites avec force chaque matin. Un moyen brutal, mais très efficace, consiste à plonger la tête de l'enfant, au réveil, dans une cuvette d'eau très foide et à l'y laisser autant qu'il y pourra demeurer sans respirer.

Comme la photophobie est parfois très rebelle, on a essayé l'emploi de topiques palpébraux (nitrate d'argent en solution faible, 1 0/0, teinture d'iode diluée, onguent napolitain, etc.), mais ces moyens sont bien inférieurs aux précédents.

4° *Blépharospasme.* — Instiller toutes les deux heures deux à trois gouttes d'un collyre au chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0. Si le blépharospasme résiste, après l'application de la cocaïne, on placera entre les paupières un écarteur puissant (Traitement du blépharospasme par la méthode de dilatation forcée du professeur Gayet) et on le laisseva en place de cinq à dix minutes.

Enfin, dans quelques cas rebelles, la canthothomie ou section de la commissure de l'angle externe des paupières est indiquée.

Traitement des suites des kératites. — Les taies de la cornée, avec ou sans adhérences iridiennes, et les staphylômes antérieurs comportent un traitement approprié que nous étudierons ultérieurement.

Traitement de la rhinite. — Lorsqu'il existe de la rhinite, elle ne doit

jamais être négligée et l'on peut employer les moyens suivants : Irrigations naso-pharyngiennes avec de l'eau boriquée ou de l'eau salée ; insufflation nasale de poudre d'acide borique. Ces moyens très simples suffisent, en effet, dans la majorité des cas.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

MÉDECINE

La lésion locale de la scarlatine

S'il est démontré aujourd'hui que la diphtérie est une maladie primitivement locale et que le bacille de Lœffler ne passe jamais dans la circulation, ne se généralise pas, par contre, il est généralement admis que la scarlatine est une maladie générale infectieuse, au sens propre du mot, et non pas une maladie par intoxication, comme l'est la diphtérie. C'est surtout dans le sang des scarlatineux que l'on a cherché, encore sans succès, il est vrai, l'agent pathogène de cette fièvre éruptive.

M. Downson, cependant, a émis l'opinion que la lésion primitive de la scarlatine siège sur l'amygdale ; la scarlatine serait, elle aussi, une maladie primitivement locale

L'angine ne serait pas seulement un symptôme. Elle existe dans tous les cas, ou à peu près. Quand elle manque, l'amygdale pharyngée ou la muqueuse nasale sont alors très probablement atteintes. Si l'on voit la réceptivité vis-à-vis de la scarlatine diminuer avec l'âge, cela s'expliquerait par ce fait que la structure des amygdales est modifiée par les inflammations de toutes natures qui créent ainsi un milieu défavorable à l'infection. Ainsi, d'ailleurs, s'expliquerait l'immunité après une première attaque. M. Downson va plus loin ; il pense que si la desquamation épidermique est contagieuse, c'est qu'elle est infectée par l'haleine du malade.

L'angine peut faire défaut, cependant ; c'est dans les cas où la scarlatine se montre à la suite de blessures ou quand elle survient dans l'état puerpéral. Mais, ici encore, la scarlatine serait une maladie primitivement locale ; la plaie est tout d'abord infectée. Dans les cas où il y a rechute, les amygdales seraient de nouveau atteintes. Enfin, M. Downson pense qu'il existe un rapport direct entre l'intensité de l'angine et la gravité de l'affection.

M. Caley ne partage pas l'opinion de M. Downson ; il est difficile d'admettre que la scarlatine ne résulte que d'une lésion primitive des amygdales ; de plus, la desquamation semble bien contagieuse par elle-même et non parce qu'elle est infectée par l'haleine du malade ; elle reste, en effet, dangereuse et contagieuse longtemps après la disparition de la manifestation angineuse. M. Caley a observé bien des cas de scarlatine sans la moindre lésion de la gorge ; et, néanmoins, l'immunité parfaite était conférée au malade après cette première attaque, bien que les amygdales ne fussent pas lésées.

(*Pathol. Society of London*, 21 novembre 1893.)

Il faut rapprocher de l'opinion de M. Downson celle de M. Bergé qui, dans une récente communication à la Société de biologie (16 décembre), fait, lui aussi, de la scarlatine une maladie locale.

L'agent pathogène ne serait autre que le streptocoque dans une de ses modalités virulentes, se cultivant dans les cryptes de l'amygdale et sécrétant une toxine « érythémogène ».

Rechutes et récidives de scarlatine

Une première atteinte de scarlatine confère ordinairement, et pour toute la durée de la vie, une immunité complète vis-à-vis de l'affection. Il n'est cependant pas exceptionnel d'observer des récidives de scarlatine après une ou plusieurs années d'intervalle ; on a même signalé plusieurs récidives chez un même sujet.

Les récidives se produisant à quelques mois d'intervalle sont plus rares. En voici quelques observations nouvelles.

M. Barker rapporte le cas d'une jeune fille de 17 ans, qu'il soigna au mois de juillet dernier pour une scarlatine assez grave. Quand M. Barker la vit, le 21 juillet, au troisième jour de la maladie, il constata une éruption type, une angine intense et beaucoup de fièvre. Deux jeunes enfants qui habitaient la même chambre étaient aussi atteints de scarlatine.

M. Barker apprit alors que la malade avait eu au mois d'avril dernier une première scarlatine pour laquelle elle avait été soignée au « Feves Hospital de Stockwell » ; cette première attaque de scarlatine avait été moins grave que la seconde, mais suivie d'une abondante desquamation. Un enfant qui habitait la même maison que la malade de M Barker avait eu aussi la scarlatine au mois d'avril.

Il s'agissait donc bien d'un cas de récidive de scarlatine, le début des deux attaques étant séparé par un intervalle de trois mois environ.

M. C. Childe rapporte un exemple analogue. Il s'agit d'une fillette de 13 ans qui eut, au mois de mars dernier, une scarlatine de moyenne intensité, présentant tous les symptômes cardinaux de l'affection ; le diagnostic n'était pas douteux ; la desquamation fut abondante. La malade sortit au bout de six semaines et l'on fit alors dans l'appartement qu'elle avait occupé pendant sa maladie une sommaire désinfection par des fumigations souffrées.

La malade rentra dans cet appartement au commencement de mai et occupa la chambre où elle avait été alitée. Le 13 juillet, elle fut prise d'une nouvelle attaque de scarlatine plus sévère que la première et pendant laquelle elle eut une albuminurie passagère ; la desquamation fut aussi plus abondante. La durée de cette seconde attaque fut de six semaines.

M. Childe pense que cette récidive était due à des germes qui avaient échappé à une désinfection tout à fait imparfaite de l'appartement. Il fait remarquer de plus que dans les récidives de rougeole, qui ne sont pas extrêmement rares, la seconde attaque semble toujours beaucoup moins intense que la première. Dans le cas de récidive de scarlatine qu'il rapporte, comme d'ailleurs dans celui de M. Barker, la seconde attaque a été beaucoup plus grave que la première. Celle-ci n'avait donc conféré aux malades aucun pouvoir immunisant ; elle n'avait même pas augmenté leur résistance à l'infection scarlatineuse (*British méd. Journ.*, octobre).

M. Doidge rapporte deux autres faits de récidive de scarlatine, l'un chez un enfant de 10 ans et après un intervalle de trois mois, l'autre chez un enfant de 6 ans et après un intervalle de six mois (*Brit. méd. Journ.* décembre).

Il est à remarquer que, dans tous ces faits, le diagnostic de récidive de scarlatine n'est pas douteux. On ne pourrait en dire autant de bien des cas publiés autrefois, alors que l'on connaissait moins les exanthèmes pseudo-scarlatineux. Bien des éruptions, en effet, peuvent simuler l'éruption de la scarlatine, les unes d'origine médicamenteuse (mercure, antipyrine, quinine, iode, opium, belladone, etc.), les autres d'origine pathologique (érythème scarlatiniforme desquamatif, exanthèmes de la diphtérie, de la septicémie, rubéole, etc.).

Beaucoup d'auteurs, et en ptrticulier d'auteurs allemands, confondent la récidive avec la rechute. La rechute de scarlatine n'est pas plus exceptionnelle que la récid.ve.

Elle s'en distingue par ce fait que la maladie n'est pas complètement éteinte quand survient la seconde attaque. Peut-être ne s'agit-il pas alors d'une infection nouvelle, mais bien, si l'on peut ainsi dire, d'une auto-réinfection.

C'est qu lque chose d'analogue aux rechutes de la fièvre typhoïde.

M. Johnson en rapporte un cas intéressant. Un malade entre à l'hôpital le 17 octobre avec une fièvre vive, une éruption généralisée typique, une angine intense. Le diagnostic de scarlatine n'est pas douteux. La maladie suit son cours ordinaire ; une desquamation abondante se produit ; le malade n'a eu à aucun moment de l'albumine dans ses urines.

Le 17e jour, il est pris de malaise, de fièvre, de céphalalgie et d'une angine intense ; deux jours après, il présente une éruption scarlatineuse généralisée ; au neuvième jour de cette rechute, la desquamation recommence, très abondante surtout au niveau du dos des mains, où la desquamation de la première scarlatine était déjà terminée quand était survenue la rechute. (*Brit. méd. J.*, 16 décembre.)

Substances toxiques retirées de la rate de scarlatineux

MM. Bokenham et Fenwick ont retiré, de la rate de scarlatineux, des substances toxiques dont ils ont étudié les effets sur les animaux. Ces substances étaient d'autant plus toxiques que les malades avaient succombé plus vite à leur scarlatine.

Voici comment MM. Bokenham et Fenwick isolaient ces produits : la rate, bien lavée, était d'abord passée à l'alcool, puis réduite en une pulpe qu'on laissait pendant quelques semaines dans l'alcoo'. Au bout de ce temps, on enlevait l'alcool, on exprimait la pulpe, et après avoir filtré l extrait ainsi obtenu, on le chauffait jusqu'à consistance s'rupeuse.

En traitant par l'eau distillée le résidu de la pulpe de rate, on obtenait un extrait aqueux qui était réduit aussi, dans le vide, jusqu'à consistance sirupeuse.

Les extraits ainsi obtenus étaient purifiés par plusieurs passages alternatifs dans l'alcool et dans l'eau distillée ; les précipités insolubles dans l'alcool étaient solubles dans l'eau. On obtenait ainsi un précipité qui, desséché, se présentait sous forme d'une poudre blanche ou jaunâtre, neutre ou alcaline, déliquescente, soluble dans l'eau, mais insoluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme.

L'alcool contenait en outre des produits solubles qu'on pouvait obtenir sous forme de poudre par évaporation dans le vide.

Ce sont ces substances que MM. Bokenham et Fenwick ont expérimentées sur différents animaux : rats, souris, cobayes, lapins, en les injectant à la dose de 0 gr. 10 par kilogramme d'animal

Lorsque la rate provenait d'un cas de scarlatine maligne ayant amené la mort en trois ou quatre jours, la substance insoluble dans l'alcool produisait chez les animaux une parésie des membres postérieurs, un ralentissement de la respiration, des phénomènes de collapsus, affaiblissement des pulsations cardiaques, refroidissement.

Ces symptômes disparaissaient au bout d'un temps variable. Le lapin semblait moins sensible que le rat et la souris.

Continuées tous les jours, les injections de substances toxiques finissaient par amener la mort de l'animal (le rat en 10 jours, le lapin en 15 jours). Ces animaux avaient de l'albuminurie et leur urine contenait des cylindres épithéliaux ou granuleux.

Quand la rate d'où on avait retiré les substances toxiques provenait de cas de scarlatine grave ayant amené la mort en 15 jours, les symptômes se bornaient, chez les animaux, à du malaise avec léger abaissement de la température. En élevant les doses injectées à 0 gr. 80 par kilogramme d'animal, on produisait le collapsus.

Enfin, dans les cas de scarlatine peu intense, dans lesquels la mort avait été causée par une maladie intercurrente, on ne notait chez les animaux en expérience que des symptômes insignifiants.

Le produit soluble dans l'alcool amenait, au contraire du produit insoluble, une légère élévation de la température, mais il ne provoquait aucun symptôme grave.

Chez les animaux morts à la suite de ces expériences, MM. Bokenham et Fenwick ont trouvé des lésions rénales quelquefois très prononcées. C'est donc sur le rein surtout qu'agissent les substances toxiques de la scarlatine, ainsi que la clinique l'avait enseigné depuis longtemps. Quant à la nature des substances isolées dans la rate des scarlatineux, elle reste encore, on le comprend, absolument inconnue.

(Congrès de l'Association britannique 1893.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1894 — Présidence de M. Rochard

Au début de la séance, M. le président a donné la parole à M. A. Robin, qui a lu le discours prononcé par lui aux obsèques de M. Quinquaud. De nombreux applaudissements ont salué la fin de cette lecture.

A propos du procès-verbal, M. Laboulbène communique les résultats que lui a fournis l'examen des insectes qui se trouvaient dans les peaux de chèvre venant de Chine et qui renfermaient des bactéridies charbonneuses. L'insecte, à l'état de larve et à l'état parfait est le *Dermestes vulpinus*, espèce cosmopolite qui se trouve aussi bien en Chine qu'en Europe et dans le Nouveau-Monde.

Le rôle des insectes propageant les maladies infectieuses s'affirme de plus en plus. Les mouches dites charbonneuses, *Stomoxes, Simulia*, inoculent le charbon, les mouches domestiques hument les crachats des phtisiques, propagent les bacilles tuberculeux.

M. Proust ajoute que M. Bourgoin a trouvé de l'alumine dans ces peaux provenant sans doute d'un traitement par l'alun fait sur place.

— M. L. Riberolle a recueilli des observations sur une épidémie de

Fièvre puerpérale

qui règne depuis nombre d'années sur toute une région des hauts plateaux de l'Auvergne.

D'après lui :

La maladie existe dans sa forme actuelle depuis environ une quinzaine d'années, avec une intensité à peu près toujours la même.

Elle revêt presque toujours la forme miliaire, et se termine par la mort.

La maladie est due certainement à la contagion immédiate ou directe. Cependant, le mal ne se manifeste que sous forme de cas sporadiques, ce qui semble indiquer qu'il existe un autre mode de propagation que le transfert par la sage-femme et les accoucheurs.

La pratique des accouchements dans la région en question se fait malheureusement sans respecter les règles les plus élémentaires de la propreté. Les sages-femmes refusent systématiquement de pratiquer des injections quelconques de peur que, si une parturiente venait à succomber, on attribue cette mort à l'injection elle-même. Le

médecin de la région contaminée, maire de son endroit et médecin des épidémies, affile la lame de son bistouri avec le cuir de sa botte quand il veut ponctionner un abcès.

Dans la contrée règnent, en toute saison, des cas sporadiques d'infection grave, souvent il y a des épidémies de scarlatine, de diphtérie, de pneumonie infectieuse, etc.

Les villages sur lesquels sévissent ces infections sont situés à une certaine altitude et les saisons ne semblent guère jouer de rôle sur la propagation de la maladie.

Il serait nécessaire de faire une enquête sérieuse, afin de rechercher quelles peuvent être les origines et le mode de propagation de ces diverses infections dans un pays qui, *à priori*, devrait être considéré comme essentiellement salubre.

— Après avoir rappelé que le Conseil d'hygiène de la Seine a plusieurs fois signalé

Les dangers du chauffage des voitures publiques au moyen des briquettes

et demandé la suppression de ce mode de chauffage, M. Brouardel communique deux nouveaux accidents qui sont le résultat de son emploi. Le 31 décembre 1893, un cocher attend dans sa voiture, glaces levées, un client qui reste absent une demi-heure et il succombe à l'asphyxie pendant ce temps. A l'autopsie, on trouve des taches rosées disséminées sur tout le corps et le sang est modérément rouge ; la cause de la mort n'était pas douteuse.

Un membre de l'Académie entre dans sa voiture dont les glaces étaient levées et ne pense pas à les baisser ; en allant de la cité Trévise au faubourg Montmartre, il se sent très indisposé, est pris de vertiges et a tout juste la force de baisser l'une des glaces. Arrivé à destination, le malade veut descendre et cela lui est impossible. Une intoxication d'aussi courte durée avait suffi à produire une impuissance musculaire totale et les effets de l'empoisonnement se prolongèrent pendant une dizaine de jours.

Une véritable légende s'est formée à propos des intoxications par l'oxyde de carbone. Il n'est pas besoin de s'enfermer dans un appartement clos pour être asphyxié, et on sait que des ouvriers dormant en plein air sur des fours à chaux, peuvent être victimes de l'oxyde de carbone. Quelle que soit la quantité de gaz présente dans l'atmosphère, elle se fixe sur les globules du sang qu'elle tue ; si un certain nombre d'oudées sanguines entrent ainsi en contact avec un air qui renferme du gaz toxique, un grand nombre de globules sont atteints et les accidents se produisent, même en plein air.

M. Gautier est heureux de voir M. Brouardel soulever cette question, car jusqu'à présent l'administration des Petites-Voitures a fait la sourde oreille, malgré les réclamations du Conseil d'hygiène. Le nombre des cas de mort dus à l'emploi des briquettes pour le chauffage des voitures monte à 6 ou 8 par an. L'empoisonnement dans l'air non confiné est bien connu et lorsque M. Gautier commençait à faire de la chimie, il a été empoisonné en préparant de l'oxychlorure de carbone et est resté un mois entre la vie et la mort.

Plusieurs membres de l'Académie ont, à la connaissance de M. Gautier, souffert d'accidents dus au chauffage des voitures par les briquettes.

Il faudrait absolument que, si ce mode de chauffage est continué, les produits de la combustion soient évacués à l'extérieur. Une solution en ce sens s'impose et l'Académie, en joignant ses protestations à celles du Conseil d'hygiène, pourrait peut-être l'obtenir.

Pour M. Moissan il est indispensable de faire une campagne contre l'empoisonnement par l'oxyde de carbone comme, autrefois, on en a fait une contre l'empoisonnement par le plomb. La plupart des grandes salles sont chauffées, actuellement, par des appareils à air chaud dont les joints laissent très vite échapper de l'oxyde de carbone. Les appareils domestiques de chauffage en usage courant semblent avoir étécontruits par un chimiste désireux de produire le maximun possible du gaz toxique. Un grand

grand nombre de personnes faisant usage de voitures présentent l'hiver des malaises qui ne sont dus qu'à l'emploi des chaufferettes. Il faut donc demander la suppression de ce mode de chauffage.

M. PROUST lit un projet de vœu qui soulève différentes objections et, après une discussion un peu confuse, M. NOCARD propose de renvoyer le vœu à une commission. Finalement, la rédaction du vœu est confiée à la commission d'hygiène à laquelle M. Gautier est adjoint.

— Un comité secret a eu lieu à la fin de la séance pour la lecture du rapport de M. Straus sur les titres des candidats dans la section de pathologie médicale. M. Landouzy est placé en première ligne ; en deuxième vient M. Fernet, en troisième M. Rendu, et en quatrième *ex æquo* MM. Joffroy et Troisier.

COURRIER

La séance annuelle de la Société de chirurgie de Paris a eu lieu hier soir; nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

Voici la liste des Prix décernés pour 1893.

Prix Duval, décerné à M. P. Mauclaire, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse : Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

Prix Laborie : Deux mémoires envoyés. — 1,000 francs à MM. Aug. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Maubrac pour leur travail intitulé : *Des accidents encéphaliques consécutifs aux otites, envisagés spécialement au point de vue de leur traitement* ; 200 francs à M. E. Estor, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, pour son travail intitulé : *Du catéthérisme rétrograde.*

Prix Gerdy : De la cure radicale de la hernie ombilicale. Trois mémoires envoyés. — 1,500 francs à M. Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg; 750 francs à M. Léon Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 750 francs à M. Paul Barrier, aide-major de 1re classe au 1er régiment d'artillerie à Bourges.

Prix Demarquay : Des opérations pratiquées par la voie sacrée. — Indications, résultats, manuel opératoire. Aucun mémoire n'ayant été adressé, la même question est remise au concours pour 1895.

Prix Ricord : Le prix n'est pas décerné.

— CONCOURS POUR LA NOMINATION A TROIS PLACES DE MÉDECIN DU BUREAU CENTRAL. — Ce concours sera ouvert le mercredi 28 février 1894, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 29 janvier 1894, et sera clos définitivement le samedi 10 février, à trois heures.

— *Erratum.* — Dans notre dernier numéro, une erreur typographique a été commise, à propos d'une table d'opération employée à Bichat par le professeur Terrier, et due à l'invention du docteur PERAIRE, il a été écrit le docteur Périner.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance annuelle)

—

La Société de chirurgie a tenu mercredi dernier sa séance annuelle.

M. Périer, le président sortant, a pris le premier la parole et, après avoir rappelé le cinquantenaire de la Compagnie, s'est exprimé en ces termes, faisant allusion au dernier discours du professeur Verneuil :

Vis-à-vis de M. Verneuil, dit-il, j'ai pu longtemps me considérer comme un jeune; mais en dénombrant les collègues qui sont venus après moi faire partie de la Société, je me vois graduellement poussé vers le groupe des anciens ; je me rapproche peu à peu forcément de notre éminent collègue, la différence proportionnelle du nombre de nos années va diminuant et j'acquiers, tout en lui gardant le plus grand respect, un certain droit à nous disculper des tendances qu'il nous reproche. C'est à son ardent désir de voir la Société de chirurgie ne rien perdre du prestige qu'il a tant contribué à lui donner, que nous devons ses admonestations paternelles.

Comparant l'œuvre des prédécesseurs à l'œuvre actuelle, M. Verneuil se demande « si notre Compagnie est en progrès, au *statu quo* ou en décadence. » Il reconnaît qu'on travaille plus, mais il resterait à savoir si l'ouvrage actuel est supérieur, égal même à l'ancien ; il ne dit pas non ; mais il laisse supposer qu'il le pense.

Messieurs, ne vous semblerait-il pas paradoxal de voir les travaux des chirurgiens français diminuer de valeur alors que la chirurgie fait de tels progrès qu'il est devenu banal de les qualifier de merveilleux.

M. Verneuil semble regretter « de voir se concentrer toute l'ardeur et tout l'intérêt de la chirurgie » sur ce qu'il nomme les laparotomies diverses.

Mais ces laparotomies diverses, c'est la chirurgie du foie, c'est la chirurgie de l'estomac, celle de l'intestin, de la rate, du rein, sans parler des organes pelviens.

Sur ce champ si vaste et encore inexploré, comment les chirurgiens ne se seraient-ils pas précipités avec ardeur et enthousiasme ?

Que pouvaient les pionniers qui ont défriché ces terres inconnues, sinon exposer des faits, accumuler des observations ? C'est la force des choses ! et c'est toujours en vain qu'on essaie de lutter contre la force des choses !

Les faits sont devenus assez nombreux, beaucoup ont subi l'épreuve indispensable du temps et déjà nous voyons poindre le retour de cette ère si regrettée par notre collègue « des enquêtes minutieuses et instructives destinées à dissiper bien des ténèbres, à résoudre bien des problèmes... »

Je suis persuadé, continue M. Périer, que M. Verneuil peut se rassurer, le retour aux anciens errements qu'avec M. Terrier il juge « indispensable pour conserver intacte la valeur de notre Compagnie et faciliter son évolution scientifique », se fait de lui-même, suivant une loi naturelle. L'équilibre qu'il rêve se rétablira, les prouesses opératoires passeront au second plan : sous la saine influence de la controverse, l'étude approfondie des indications aura porté ses fruits et vous aurez tracé la zone au dedans de laquelle le chirurgien pourra se mouvoir en l'absolue tranquillité de sa conscience. »

M. Périer a terminé son allocution très applaudie en disant un dernier

adieu aux membres morts pendant l'année passée et souhaitant la bienvenue aux nouveaux élus.

M. Peyrot a lu un très intéressant rapport sur les travaux accomplis par la Société de chirurgie en 1893 et la parole a été donnée à M. Monod pour faire l'éloge du professeur Richet. On sait avec quel talent M. Monod remplit ce pieux devoir. On s'en rendra compte une fois de plus en lisant les remarquables passages de son discours que nous regrettons vivement de ne pouvoir publier en entier; mais la place nous manque.

Eloge de A. Richet

par M. Ch. Monod, secrétaire général

Messieurs,

« Le professeur Richet était le type du chirurgien classique : grand, grave, solennel même ; ayant une haute idée de la dignité professionnelle, et je dirai aussi de sa propre dignité ; donnant à tous l'exemple du travail incessant et du devoir accompli. De tels hommes, honorent notre profession ; nous leur devons un tribut d'admiration, de respect et d'éloges. »

Vous avez reconnu, messieurs, les paroles prononcées par notre président M. Terrier... A mon tour je veux essayer d'évoquer devant vous la figure de notre regretté collègue, anatomiste expert, chirurgien de premier ordre, professeur apprécié et chéri par ses élèves.

Didier-Dominique-Alfred Richet naquit à Dijon, le 16 mars 1816. Son père, modeste employé, secrétaire de la mairie de Dijon, était alors âgé de soixante ans. Il mourut trois ans après, laissant à sa veuve le soin de son jeune fils et d'une sœur aînée. Une autre sœur, née d'un premier lit, trente ans auparavant, était entrée en religion ; elle est devenue supérieure des hospitalières de l'hôpital de Dijon.

M. Richet père, en mourant, avait exprimé le vœu que son fils reçut une éducation libérale. Il voulait lui assurer les bienfaits d'une instruction dont il souffrait d'avoir été lui-même privé. Mme Richet et ses filles n'eurent dès lors d'autre souci que de procurer au jeune garçon les moyens de faire de bonnes études. Mais il fallait se créer des ressources. Mme Richet, veuve et sans fortune, ne voulut les demander qu'au travail. Elle ouvrit, à Dijon, un petit magasin de modes. Le profit qu'elle en tira, grâce à son entente des affaires, à son intelligente énergie, à sa probité universellement reconnue, fut suffisant pour faire face à ses besoins et à ceux de ses enfants.

Alfred Richet fut placé au lycée de Dijon. Ayant conscience des sacrifices que l'on faisait pour lui, il comprit qu'il devait s'en montrer digne. Il tint constamment la tête de sa classe, et sitôt bachelier, annonça à sa mère son intention de faire ses études de médecine. D'où lui venait cette idée, alors que rien en apparence ne le poussait de ce côté? Il nous faut ici remonter un peu dans l'histoire de la famille Richet.

Richet avait parmi ses ascendants deux médecins. L'un, qu'il ne connut que de réputation, était son grand-oncle. Il s'appelait Claude Lombard, C'était un chirurgien militaire, qui se fit un nom vers la fin du siècle dernier...

L'autre, fils du précédent, oncle de notre collègue, suivit la même carrière que son père. Sa vie, plus mouvementée, fut marquée par un épisode que Richet aimait à raconter. En 1797, le jeune Lombard fut appelé, à la suite d'un concours, à faire partie, de l'expédition d'Egypte, en qualité de chirurgien de brigade. Dans ce temps là, les mers, et surtout la mer Méditerranée, étaient peu sûres. Le vaisseau qui portait Lombard fut poursuivi par les Anglais, malmené par la tempête et finalement tomba aux mains de corsaires tunisiens. Conduit à Tunis, l'équipage y fut mis aux fers. Or le bey se trouvait alors malade. Il avait depuis longtemps à la jambe un ulcère qui, grâce aux

soins des marabouts et autres charlatans de la cour, s'aggravait sans cesse. Il apprend qu'un *toubib* français est au nombre des prisonniers que viennent de ramener ses écumeurs de mer. Il le fait venir, lui demande ce qu'il pense du mal qui le tourmente et du traitement qu'on lui fait suivre. « Si Votre Altesse continue à se laisser soigner de la sorte, répond Lombard, elle est perdue. » « Serais-tu capable de me guérir ? » s'écrie le bey. Lombard lui affirme sans hésitation qu'il y parviendra, et lui demande en retour la vie et la liberté pour ses compagnons et pour lui-même.

Il a le bonheur de réussir. Le bey tient parole; la prison s'ouvre ; les captifs reprennent le chemin de la patrie... à l'exception du pauvre Lombard, que le souverain, trop reconnaissant, se refuse à laisser partir...

Le bey étant mort, Lombard obtint, non sans peine, de son successeur l'autorisation de faire un voyage en France, mais avec promesse de retour. Ne vous hâtez pas, messieurs, d'évoquer l'héroïque souvenir de Régulus... Le bon chirurgien était sincère, je veux le croire, au moment où il prenait cet engagement, mais quand il se retrouva dans sa patrie, il ne se sentit plus la force de la quitter et y demeura jusqu'à sa mort.

Richet a souvent eu occasion, pendant son enfance, de voir l'oncle Lombard, qui se plaisait à raconter sur Tunis et sur l'existence qu'il y avait menée des histoires intéressantes et curieuses. Nul doute que l'exemple et les récits de ce médecin, qui, paraît-il, était aussi spirituel que judicieux, n'aient influencé pour leur part son jeune neveu, dans le choix de sa carrière.

C'est en 1833 que Richet entra comme externe libre à l'hôpital de Dijon. L'année suivante son parti était pris définitivement : il demandait à sa mère la permission d'aller faire ses études à Paris. Mme Richet y consentit; mais elle entendait qu'au bout de cinq ans, le jeune étudiant serait reçu docteur et reviendrait exercer la médecine à Dijon. Elle s'engageait, de son côté, à lui faire parvenir, pendant cinq années, la somme de 60 francs par mois !...

La mère tint rigoureusement parole. Le fils, heureusement pour la science chirurgicale française, manqua à la sienne.

Au bout de cinq ans révolus, tout envoi d'argent cessa. Richet était alors interne provisoire. Il se demandait si, obéissant au désir de sa mère, il allait rapidement passer ses examens et rentrer dans sa ville natale, ou si, demeurant à Paris, il ne s'engagerait pas dans la voie des concours qui seule pouvait le conduire aux sommets...

Un incident s'était produit qui contribua pour beaucoup a mettre fin à ses hésitations. Dupuytren était mort peu auparavant. On sait avec quelle solennité ses obsèques furent célébrées. Dans la foule qui se pressait derrière le char funèbre on ne comptait pas seulement des princes, des pairs de France, toutes les sommités des lettres, des sciences, des arts et de la politique, mais des hommes du peuple en grand nombre, anciens malade de l'Hôtel-Dieu, venant rendre à l'illustre chirurgien un témoignage ému de reconnaissance.

La grandeur de ce spectacle avait frappé le jeune Richet et éveillé dans son âme de nobles ambitions...

Cette même année, Richet se présentait de nouveau au concour de l'internat. Il était nommé le premier de la promotion, le 24 décembre 1839.

Ce brillant début eut sur toute sa carrière une influence décisive. Son rang lui donnait le droit d'entrer dans le service de Velpeau. Celui-ci reconnut bien vite les belles qualités de son interne et le retint deux ans auprès de lui. Velpeau était déjà une puissance. Sa protection ne fit jamais défaut à son élève préféré. C'est lui sans doute qui l'encouragea à diriger ses études dans la voie chirurgicale.

De ses quatre années d'internat, Richet en passa deux, nous venons de le dire, chez

Velpeau, une chez Ph. Boyer, une seule en médecine. Il avait été interne provisoire chez mon père, « son premier maître », comme il aimait à me le rappeler lorsque, plus tard, je fus moi-même son élève.

Les premières étapes de la route où il s'engageait furent rapidement franchies. Dès sa seconde année d'internat (1841) il était nommé aide d'anatomie; deux ans plus tard (1843) il était prosecteur; il concourait en même temps pour la médaille d'or des hôpitaux et était placé par le jury en tête de la liste, *ex æquo* avec Oulmont. L'année même où il soutenait sa thèse de doctorat (28 mars 1844), il obtenait au concours le titre de chirurgien des hôpitaux (13 novembre 1844); enfin, trois ans plns tard (1847), celui d'agrégé en chirurgie, le premier de la promotion...

Une seule fois jusqu'alors il avait échoué dans les difficiles épreuves qu'il abordait. C'était en 1846, lorsque la nomination de Denonvilliers à la chaire de médecine opératoire rendit libre la place de chef des travaux anatomiques, Gosselin, plus ancien que lui, l'emporta.

Il échoua encore aux concours ouverts à la Faculté pour les chaires de médecine opératoire et de clinique chirurgicale auxquelles furent nommés Malgaigne et Nélaton, beaucoup plus ancien que lui dans la carrière...

En 1852, lorsque le concours fut supprimé, Richet se trouvait être de ceux que leur passé et les sympathies qu'ils avaient su s'attirer désignaient d'avance au choix de la Faculté. Mais, dédaignant de ne tenir sa nomination que de la seule bienveillance de ses maîtres, il chercha à se créer un titre sérieux à leurs suffrages. Un des juges du dernier concours, pour justifier son choix, n'avait-il pas dit : « Je vote pour les gros livres? » Richet voulut avoir le sien...

Dès sa première année d'internat, il avait poussé très loin ses études anatomiques. Ses remarques et ses découvertes étaient à mesure consignées par écrit, et il était ainsi arrivé à se former un véritable dossier, plein de vues originales, qu'il n'avait pu jusqu'alors utiliser...

La première édition du *Traité d'anatomie chirurgicale* parut en janvier 1855. Mais on savait son auteur à l'œuvre. Dès 1854, il était présenté à la Faculté pour la chaire de clinique chirurgicale, à laquelle fut nommé Jobert de Lamballe; il l'était encore, en 1858, pour celle de pathologie chirurgicale, qui fut donnée à Gosselin.

Ce fut seulement sept ans plus tard, en 1865, lorsque la mort de Malgaigne eut de nouveau créé une vacance à la Faculté, que Richet, après une attente qui lui parut longue, fut enfin nommé professeur de pathologie chirurgicale à l'unanimité des voix. Le *Traité d'anatomie chirurgicale* avait eu un succès considérable. Les deux premières éditions étaient épuisées, la troisième était sur le point de paraître. L'ouvrage était entre toutes les mains. Le suffrage de la Faculté ne faisait que confirmer celui du public médical. Richet entrait à l'Ecole par la grande porte.

Nul ne s'acquitta plus consciencieusement de la tâche qui lui était confiée. Dans l'exposé de titres dressé par lui en 1883, lorsqu'il se présenta à l'Académie des sciences, il pouvait terminer sa notice par ces mots éloquents dans leur brièveté : « Depuis ma nomination de professeur, j'ai fait tous les ans mon cours officiel. » Et il le continua jusqu'en 1888, c'est-à-dire pendant vingt-trois ans, sans presque une seule interruption.

Il ne fut chargé que pendant deux ans d'un cours théorique à la Faculté. Dès 1867, une chaire de clinique étant devenue vacante, il demanda et obtint d'y être nommé. Il atteignait ainsi le but de son ambition, celui qu'il s'était proposé lorsque, en 1839, il avait pris le parti de demeurer à Paris.

Richet était, comme Gosselin, son prédécesseur immédiat, l'un des derniers représen-

tants de cette grande chirurgie classique qui s'était personnifiée, après Desault et Dupuytren, en Velpeau, Blandin, Laugier, Jobert, et, plus près de nous, en Malgaigne, Nélaton, Denonvilliers, Jarjavay, Robert, Lenoir et tant d'autres...

J'ai conservé, et je relisais récemment, des notes prises par moi au courant de la plume, au temps où je suivais le service du professeur Richet. Elles portent bien la marque de cet enseignement pratique, élémentaire, accessible aux plus petits.

Et, sans peine, je me le représente dans les longs couloirs de l'Hôtel-Dieu, suivi de son cortège d'élèves, redressant sa haute taille, la tête coiffée de la calotte classique, sous laquelle il aimait à ramener certaine mèche rebelle, ceint du tablier blanc qu'il portait court, comme s'il eût craint de laisser entraver sa marche ; s'avançant d'un pas rapide, mais toujours digne, l'air plus grave que sévère, comme pénétré de l'importance de son rôle, sans qu'on pût jamais songer à l'accuser de pédanterie.

Peu familier, sachant garder la distance du maître à disciple, il cachait sous une apparence un peu froide des trésors d'indulgence et de bonté. Très dévoué à ses élèves, il s'intéressait à leurs travaux et à leurs légitimes ambitions. Aussi n'a-t-il laissé dans leur esprit, comme le disait l'un d'eux sur sa tombe, que le souvenir du « maître vénéré, du maître profondément aimé, du conseiller paternel et bon » dont le jugement sûr ne fut jamais en défaut...

Jusqu'à la fin il resta sur la brèche, heureux de voir, même dans les dernières années de sa vie, ses élèves lui rester fidèles. Comme on le pressait de prendre un repos bien mérité : « Mon amphithéâtre est encore plein », disait-il en montrant les rangs serrés de ses auditeurs, « ce serait une désertion ».

La leçon clinique n'était, du reste, qu'une partie et, peut-être à ses yeux, la moins importante de son enseignement. A la parole succédait l'acte chirurgical.

C'était pour le professeur l'occasion, parfois impatiemment attendue, d'établir l'exactitude du diagnostic parfois avancé ; c'était surtout la possibilité de montrer aux étudiants les qualités dont le chirurgien, aux prises avec la pratique, doit savoir faire preuve.

Richet, mieux que personne, était en mesure de donner cette vivante démonstration. Tous ses élèves rediront avec moi quel excellent opérateur il était. D'un imperturbable sang-froid, ne se laissant émouvoir par aucun incident, il poursuivait sa route avec calme, marchant droit au but et achevant, souvent aux applaudissements de son jeune auditoire, les interventions les plus audacieuses ou les plus délicates...

Les résultats furent-ils à la hauteur de ses efforts ? Hélas ! non. C'est que Richet vivait à cette époque néfaste où les opérations les mieux comprises et les mieux conduites n'aboutissaient, pour la plupart, qu'à des revers. L'infection purulente, l'érisypèle et toutes les complications des plaies guettaient les malheureux opérés, et l'on ne savait pas se défendre ! Lorsque le bruit des résultats obtenus par Lister, en Angleterre, se répandit à Paris, Richet fut d'abord parmi les incrédules. Plus tard il se rendit à l'évidence et ne se refusa point à suivre le mouvement. Mais il laissa faire, plus qu'il ne fit lui-même. Il n'avait pas la foi qui soulève les montagnes...

A partir de 1867, il cessa d'assister à nos réunions de la Société de chirurgie. Il avait été nommé, l'année précédente, membre de l'Académie de médecine. Il crut devoir consacrer à l'illustre compagnie le peu de temps que laissaient disponible son service à l'hôpital et des obligations professionnelles de plus en plus nombreuses...

L'Académie l'éleva, en 1879, au fauteuil de la présidence.

Il aspirait à une récompense plus haute encore, celle d'être jugé digne par l'élite de ses contemporains de s'asseoir sous la coupole de l'Institut, distinction suprême, réservée au petit nombre, d'autant plus ardemment recherchée.

Richet était de ceux qui pouvaient légitimement y prétendre...

C'est à la faveur de cet ensemble de travaux qu'après avoir, en 1874, laissé passer devant lui son émule et son ami le professeur Gosselin, Alfred Richet fut appelé, le 7 mai 1883, à prendre, à l'Académie des sciences, la place de Sédillot.

Un des principaux titres de notre collègue, aux yeux de ceux qui lui donnèrent leur appui en cette circontance, fut assurément le *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, dans lequel se trouve résumé toute l'œuvre anatomique et chirurgicale de Richet...

(M. Monod retrace ici l'histoire de l'anatomie chirurgicale et énumère les nombreux travaux de Richet.)

Richet ne fut pas seulement un anatomiste de premier ordre un professeur écouté, un membre actif de nos sociétés savantes, il eut encore à Paris la grande situation chirurgicale que lui assuraient ses titres officiels, ses qualités universellement reconnues de clinicien et d'opérateur, et aussi son urbanité, la parfaite correction de ses manières, sa bonté et son dévouement pour ses malades.

Ce ne fut cependant qu'à partir de 1872, c'est-à-dire lorsqu'il eut largement dépassé la cinquantaine, que sa clientèle devint véritablement importante...

Marié, à 33 ans, avec une femme distinguée, issue d'une famille parisienne, honorable entre toutes, il eut deux enfants : une fille, dont le mariage contribua à étendre ses relations dans le monde des lettres, et un fils qui fut sa joie et sa gloire. Comment ne pas rappeler ici qu'une des plus grandes et des plus nobles satisfactions éprouvées par notre collègue fut de voir ce fils, dont il avait surveillé et guidé les études, se créer à côté de lui une situation personnelle dans le mouvement scientifique contemporain, et s'imposer de telle sorte, par ses travaux et ses aptitudes, que, lors de la vacance de la chaire de physiologie à la Faculté de médecine, en 1887, nul ne parut mieux désigné que lui pour l'occuper. On vit alors, fait unique dans l'histoire de notre Faculté, le père et le fils siéger ensemble dans les conseils de l'Ecole, tous deux entourés de l'estime et de l'affection de leurs collègues et de leurs élèves. Richet en concevait une légitime fierté, dont il ne cherchait pas à retenir l'expression.

Jusqu'en 1875, Richet ne sut pas ce que c'est que le repos. Il n'avait jusqu'alors jamais pris de vacances. Il possédait, depuis 1857, à Épinay-sur-Seine, une petite propriété où il se rendait tout les soirs en été, délassement qu'il estimait lui suffire. Ce fut le charme de sa vie. Comme beaucoup de gens que leurs occupations retiennent à la ville, il avait la passion de la campagne. Il s'occupait lui-même de ses fleurs et de ses fruits, surveillant la croissance, guettant la maturité, saluant enfin l'apparition, sur sa table, de tel melon bien à point ou de pêches succulentes, cueillies de sa main sur des arbres plantés par lui. Dans ces plaisirs champêtres il oubliait les soucis et les fatigues de sa profession.

Plus tard, lorsqu'il crut pouvoir s'accorder de véritables congés, il se livra plus entièrement à ses goûts de gentilhomme campagnard. Il avait acheté, en 1875, dans le Midi de la France, le beau domaine de Carqueiranne. Il y fit exécuter de grands travaux dont il avait conçu le plan. Dès lors, ses absences de Paris se prolongèrent et devinrent plus fréquentes.

C'est à Carqueiranne que survint le terrible accident qui assombrit les dernières années de sa vie. Une digue, qu'il faisait construire et dont il se plaisait à surveiller les progrès, se rompit. Sous ses yeux, Mme Richet fut atteinte par l'éboulement et mortellement blessée. C'était en 1884. Le coup fut terrible. Richet ne put jamais s'en remettre.

En 1890, il perdit sa dernière sœur, celle qui avait si doucement bercé son enfance et soutenu ses premiers efforts. Elle avait 83 ans, l'âge où leur mère était morte, en 1866. Celle-ci avait donc pu assister au triomphe de Richet. Depuis longtemps elle avait pardonné à son fils, qui entourait sa vieillesse des soins les plus tendres, d'avoir préféré la

lutte et certains déboires inévitables à la vie plus paisible qu'elle avait rêvé pour lui.

Le dernier jour de l'année 1891, la nouvelle de la mort de Richet se répandit dans Paris. Il avait succombé, la veille, à une broncho-pneumonie, dont l'allure avait paru bénigne. Son fils, appelé par dépêche à Carqueiranne, l'avait trouvé plein d'entrain et d'espoir : « Je me sens décidément mieux », lui disait-il, lui reprochant presque de s'être dérangé pour si peu. C'était un dimanche. Dès le lendemain, la situation s'aggravait, et le mercredi 30 décembre Richet s'éteignait sans souffrance, dans la soixante-quinzième année de son âge.

En 1868, le professeur Richet, chargé dans une séance solennelle, à la Faculté de médecine, de faire l'éloge de Jobert (de Lamballe), terminait son discours par ces mots : « Ce qui, à mes yeux, caractérise surtout Jobert, ce qui le recommande à l'attention de la postérité, c'est que, parti de bas, sans fortune, sans appui..., il a su s'élever aux plus hautes dignités par le fait d'un travail sans relâche et que rien n'a pu décourager. »

En prononçant ces paroles, Richet faisait sans doute un retour sur lui-même. Nous aussi, après avoir repassé ensemble la longue carrière de notre collègue, nous pouvons dire qu'il laisse un salutaire exemple. Sa vie et ses œuvres montrent ce que peut le travail servi par une belle intelligence et une volonté tenace.

PRIX A DÉCERNER EN 1894

Prix Duval (300 fr.) — A l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1894. Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.) — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

PRIX A DÉCERNER EN 1895

Prix Duval (300 fr.) — Voir ci-dessus les conditions du concours. (1)

Prix Laborie (1,200 fr.) — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Gerdy (2,000 fr.) — Question : De l'intervention chirurgicale dans les sténose du pylore.

N.-B. — Par suite d'un reliquat en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3,000 francs.

Prix Demarquay (700 fr.)— Question : Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications, résultats, manuel opératoire.

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1,400 francs.

Prix Ricord (300 fr.) — A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 francs.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement du croup. Trachéotomie

(*Hôpital Trousseau*)

Chez l'enfant, plusieurs affections peuvent apporter un obstacle au passage de l'air par l'orifice glottique et amener l'asphyxie : œdème de la glotte, abcès rétropharyngien, corps étrangers des voies aériennes, etc. ; quelques-uns peuvent simuler le croup

(1) *Union Médicale* du 18 janvier 1894.

(laryngite striduleuse intense avec tirage prolongé). D'autres fois, le diagnostic reste encore hésitant, par exemple, dans le cas de croup sans angine (celle-ci étant déjà guérie) ou de croup d'emblée.

Il est inutile de dire avec quel soin on doit s'informer alors de la manière dont les accidents ont commencé et de l'époque de leur début. La notion d'une contagion possible (épidémie familiale) a une grande valeur. Le rejet de fausses membranes par la toux ferait le diagnostic.

Lorsque la diphtérie laryngée est nettement reconnue, deux cas sont à considérer au point de vue thérapeutique.

Ou bien les phénomènes d'obstruction laryngée ont déjà commencé depuis plus ou moins longtemps, il y a un tirage sus-sternal et épigastrique accentué et l'asphyxie est imminente. Ou bien les troubles laryngés sont moins prononcés et l'hématose se fait encore bien.

Dans les premiers cas, la trachéotomie immédiate s'impose ; dans le deuxième, on doit tout d'abord essayer d'éviter cette opération. On a eu recours pour cela à des inhalations, à des pulvérisations, à un traitement général.

Inhalations. Faire évaporer au-dessus d'une lampe à alcool une solution thymolée au 1/10000.

Ou bien : Verser toutes les deux heures une cuillerée du mélange suivant dans une casserole contenant de l'eau chauffée d'une façon continue par une lampe à alcool :

Prenez :	Acide phénique.	25	grammes
	Acide salicylique	5	—
	Alcool	100	—

(Renou.)

Pulvérisations. Eau boriquée tiède projetée avec un fort pulvérisateur, *à bout portant* (Comby), pendant cinq à dix minutes toutes les heures ou toutes les deux heures.

Traitement général. Le traitement général de la diphtérie. Balsamiques, térébenthine, cubèbe, copahu, créosote, pilocarpine, etc.

Prenez :	Glycérine.	500	grammes
	Rhum	100	—
	Créosote.	10	—

deux à quatre cuillerées par jour.

(Legroux.)

Mais tous ces moyens n'ont qu'une faible efficacité et n'enrayent que bien rarement la marche du croup.

Vomitifs. Les vomitifs donnent de meilleurs résultats. Ils sont indiqués lorsque l'enfant est vigoureux, pas trop déprimé et que son pouls est bon. Ne jamais faire vomir un enfant trop affaibli, « trop avancé », ayant des accès de suffocation rapprochés et violents.

Le vomitif agit en faisant rejeter des fausses membranes laryngées et en dégageant ainsi l'orifice glottique. Si l'enfant ne s'affaiblit pas on peut prescrire, les jours suivants, un deuxième, un troisième vomitif, lorsque les fausses membranes laryngées se reproduisent. Quelques enfants guérissent ainsi de la diphtérie en échappant à la trachéotome ; chez d'autres, la trachéotomie est simplement retardée.

Révulsifs. Ne jamais employer au niveau de la région laryngée de révulsifs capables d'amener les moindres excoriations de la peau. La diphtérie se greffe sur les surfaces à vif et augmente ainsi le degré d'intoxication générale.

Trachéotomie

Indications. La seule indication de la trachéotomie dans la diphtérie laryngée est l'asphyxie imminente due à l'obstacle produit par les fausses membranes.

Il n'y a pas de contre-indications absolues à l'opération; mais il y a des contre-indications relatives. Ainsi on n'opère pas d'ordinaire : lorsqu'il s'agit d'une diphtérie toxique avec ganglions volumineux, cou proconsulaire ; lorsqu'il existe déjà des foyers de broncho-pneumonie ; lorsque les enfants sont âgés de moins de 6 mois.

A quel moment doit-on faire la trachéotomie? Tout d'abord, il n'est jamais trop tard pour opérer; il faut intervenir même lorsque le petit malade est en état de mort apparente.

Quelques auteurs pensent que, d'une façon générale, il faut opérer tardivement, « d'autant plus tard que l'état général est meilleur ». (Renault.) Certains enfants, en effet, échappent ainsi à l'intervention chirurgicale.

Toutefois, on s'est demandé si la trachéotomie ne s'opposait pas à l'envahissement de la trachée et des bronches par la diphtérie. On devrait alors la pratiquer assez tôt.

En général, lorsque les phénomènes d'obstruction laryngée ne cèdent pas aux vomitifs (si on en a donné), et lorsque ces phénomènes s'accroissent d'une façon rapide, il n'y a aucun intérêt à attendre, à temporiser ; si le tirage dure depuis plusieurs heures et s'il va en augmentant, on doit opérer ; s'il est peu accentué et s'il n'augmente pas, on doit attendre.

Les accès de suffocation sont quelquefois assez violents pour nécessiter une trachéotomie immédiate.

Dans la clientèle, et surtout dans la clientèle des campagnes, il ne faut jamais laisser un enfant sous le coup d'une asphyxie rapide ; à moins qu'on ne soit à une faible distace, on doit donc opérer s'il y a du tirage.

Manuel opératoire

Ne voulant pas décrire la trachéotomie dans tous ses détails, nous nous bornerons simplement à en résumer les principales règles opératoires et à appeler l'attention sur quelques points spéciaux :

Instruments : Bistouri droit coupant bien, bistouri boutonné, canule (canule double de Luër, à pavillon mobile, avec disposition en biseau de son extrémité).

En cas de besoin : Dilateur, pince à fausses membranes, pinces hémostatiques ordinaires, quelques plumes de poule.

Les instruments, plongés dans une solution antiseptique, sont placés tout près de la table à opération.

Le volume de la canule varie avec l'âge de l'enfant.

Nº	00	de 6 mois à 1 an
—	0	de 1 an à 2 ans
—	1	de 2 ans à 3 ans
—	2	de 3 ans à 6 ans
—	3	au-dessus de 6 ans

En règle générale, il faut introduire la plus grosse canule possible.

Il sera toujours bon d'avoir toutes prêtes au moins deux canules de volume différent. Ces canules seront garnies ; c'est-à-dire qu'on aura fixé de chaque côté du pavillon les cordons plats que l'on nouera derrière le cou de l'enfant (une fois que la canule sera en place) ; de plus, on aura garni la plaque en faisant passer la canule à travers un orifice taillé dans un morceau de taffetas gommé replié en deux, puis à travers un orifice taillé dans plusieurs doubles de gaze salolée.

L'enfant, enveloppé d'un drap, est étendu sur une table garnie d'un matelas ; la nuque repose sur une bouteille ou une buche enroulée dans un drap.

On aseptise rapidement la région antérieure du cou.

Un aide maintient la tête immobile en extension modérée ; un autre aide fixe solidement le corps de l'enfant sur la table, de façon qu'il ne puisse bouger.

Au-dessus de 10 ou 12 ans, il est souvent utile de donner un peu de chloroforme.

L'opérateur, placé à la droite du malade, commence la trachéotomie :

1° Saisir et fixer le larynx entre le pouce et le médium de la main gauche. Ne pas trop serrer, mais *ne plus bouger* jusqu'à ce que la canule soit introduite.

2° De l'index gauche, chercher le cricoïde ; quelquefois on ne le sent que très difficilement ; mais on peut toujours trouver le bord inférieur du thyroïde ; la première saillie au-dessous est le cricoïde.

3° Saisir le bistouri droit, comme une plume, à l'union du manche et de la lame. Ponctionner la peau sur l'ongle de l'index, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du cricoïde. Incision de 1 1/2 à 2 1/2 centimètres, suivant les cas et toujours *en suivant bien la ligne médiane*. Incision des tissus jusqu'à la trachée.

4° Sans lâcher le larynx et sans s'inquiéter du sang, on introduit l'index gauche dans la plaie et on cherche à reconnaître les anneaux de la trachée.

5° Ponction de la trachée, *bien sur la ligne médiane*, à la partie supérieure de la plaie, et incision de 1 à 2 centimètres suivant les cas.

Ne pas retirer le bistouri dès que l'air siffle en entrant dans la trachée.

6° Poser le bistouri et saisir rapidement la canule tout près du pavillon entre le médius et l'index, le pouce étant sur l'orifice externe de la canule. Introduire l'extrémité de celle-ci dans la plaie, directement vers la colonne vertébrale et non vers le sternum, le pavillon étant tourné vers l'opérateur. La canule est donc tout d'abord dirigée transversalement par rapport au cou de l'enfant.

Le bout en biseau pénètre facilement dans la plaie trachéale ; production du bruit canulaire. Il suffit alors, tout en pressant légèrement, de faire exécuter à la canule un mouvement de rotation qui ramène son pavillon au devant du cou de l'enfant. Pendant ce mouvement de *pas-de-vis* ou de *tire-bouchon* la canule s'enfonce dans la trachée.

7° Lâcher alors le larynx, fixer la canule en nouant ses deux cordons derrière le cou de l'enfant et asseoir celui-ci.

Si l'incision de la trachée n'est pas suffisante, l'agrandir avec le bistouri boutonné. Si on ne peut encore pas introduire la canule (incisions latérales), se servir du dilatateur et, entre ses branches, faire pénétrer celle-ci. Saisir les fausses membranes avec la pince spéciale s'il y en a qui obstruent la canule.

Mort apparente. C'est un accident qui n'est pas rare après la trachéotomie pour peu qu'elle ait duré un peu trop longtemps ou qu'elle ait été faite trop tardivement. On lui opposera les moyens suivants : barbe de plume dans la trachée, dans les narines, respiration artificielle d'après le procédé de Sylvester, tractions rythmées de la langue d'après le procédé de Laborde ; éther, caféine, oxygène.

Hémorrhagie. — Après l'introduction de la canule, l'hémorrhagie s'arrête, elle s'arrête d'autant mieux que la canule est plus volumineuse.

Amadou sur la plaie.

Soins consécutifs

1° Quelques minutes après l'opération, enlever la canule interne et la nettoyer dans de l'eau phéniquée faible ; si on ne prend cette précaution, le sang qui a passé entre la canule externe et l'interne se coagule et celle-ci devient très difficile à enlever.

2° Il faut d'ailleurs nettoyer très souvent cette canule interne avec un écouvillon, pour enlever les débris de fausses membranes et les mucosités.

3° Cravate de tarlatane protégeant l'orifice de la canule. Dans un pli de cette cravate mettre un petit tampon d'ouate imbibée du mélange suivant :

Prenez :

Iodoforme..........	0 gr. 10
Eucalyptol..........	1 —
Créosote	2 —
Rhum	àà 30 gr.
Glycérine	

4° Au bout de 24 heures, changer la canule entière. La plaie trachéale reste déjà béante et le changement de canule se fait ordinairement sans difficulté. Ce changement sera fait régulièrement les jours suivants.

5° Pansement rigoureux de la plaie; toucher avec du stérésol s'il y a des fausses membranes.

6° Traitement général : Alcool, toniques; le traitement de la diphtérie en général,

7° Vers le quatrième ou le cinquième jour, si l'enfant va bien, essayer de le laisser un moment sans canule. On y parviendra après plusieurs essais. L'enfant pourra alors être considéré comme guéri.

FORMULAIRE

Lavements nutritifs (Bernheim).

Jus de viande à la marmite . . .	300 grammes
Poudre de viande	40 —
Jaune d'œuf	n° 1

Mêlez.

Bouillon concentré	380 grammes
Peptone	50 —
Vieux cognac	15 —

Mêlez.

On donne un lavement toutes les trois heures et on a ainsi une dose d'aliments suffisante.

COURRIER

Association de la presse médicale. Réunion du 12 janvier. — Le premier dîner statutaire pour l'année 1894 de l'*Association de la Presse médicale* a eu lieu le 12 janvier 1894, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cornil. Dix-huit membres ont assisté à cette séance parmi lesquels les syndics : MM. de Ranse et Cézilly.

Le secrétaire général a présenté la brochure imprimée par les soins de l'Association pour perpétuer le souvenir du banquet offert, sous son initiative, par le corps médical français aux médecins de l'escadre russe. Cette brochure est désormais à la disposition de tous les médecins qui ont adhéré et souscrit au banquet ; ils peuvent la faire prendre au secrétariat, 14, boulevard Saint-Germain.

Enfin, le secrétaire général a mis l'Association au courant des démarches qu'il a faites, à l'occasion du prochain Congrès international de médecine de Rome, comme secrétaire du comité d'initiative fraçais. La *Société de voyages pratiques* a été autorisée à organiser toute une série d'excursions en Italie, en Grèce, en Tunisie, sous le contrôle du comité français.

Onzième congrès international de médecine de Rome. — Les membres de l'*Association de*

la Presse médicale française, réunis en assemblée générale, le 12 janvier 1894, sont d'avis que les médecins français doivent prendre une part active au Congrès international de médecine de Rome.

Ils se fondent sur les raisons suivantes : 1° Ce Congrès est la suite de réunions analogues et les médecins français doivent d'autant moins déserter ces grandes assises qu'ils en ont pris les premiers l'initiative (Congrès de Paris, 1867). Le but de ces Congrès, exclusivement scientifique, consiste à pcser et à discuter les questions de médecine gnérale et spéciale et d'hygiène qui intéressent tous les Etats.

2° Le français est l'une des langues officielles du Congrès, celle qu'emploiera la grande majorité des délégués belges, espagnols, grecs, hollandais, romains, russes, suisses, turcs, américains du Sud. On ne peut abandonner ceux qui nous font cet honneur.

3° Le corps médical français a le devoir de se produire, de faire connaître ses méthodes et les résultats de ses travaux dans une réunion de savants destinée à discuter les projets les plus importants à l'ordre du jour.

Dans ce concours d'hommes de science, nous devons mettre au mieux en évidence notre travail national, notre enseignement, nos savants et nos publications.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Officiers de l'instruction publique :* MM. Benoît, de Privas; Blanc, de Gap; Delthil, Neumann, Feltz, Mène, Jamin, de Paris; Joyeux, de Mirecourt; Lepagnol, de Besançon; Longet, médecin-major en retraite à Vichy; Mergaut, de Bayon; Sicard, de Béziers; Sandras, d'Oran; Chancre, chef des bureaux de l'Académie de médecine de Paris; Delahousse, chef du matériel à l'Ecole de médecine de Paris.

Officiers d'académie : MM. Kaddour ben Ahmed, de l'hôpital Sadiki; Laissus, de Moutiers; Simon, de Quarre-les-Tombes; Christy, médecin-major de 2e classe au 14e d'infanterie à Brive; Alirol, du Puy; Martin, du Chesne; Houette, de La Châtre; Chabaud, de Jaujac; Astier, Baudot, médecin-major de 1re classe, école supérieure de guerre, Benard, Berbez, de Paris; Biaute, de Nantes; Cailleux, d'Amiens; Carlier, médecin-major du 20e escadron du train; Caubet, de Paris; Cotoni, d'Oissel; Darget, d'Orthez; Deffaux, Delmeau, de Paris; Edouard, de Châtillon-les-Dombes; Faure, de Saint-Emilion; Gaillard, du Creusot; Garnier, de Fouvent-le-Haut; Gautier, de Paris; Geminel, de Ligny-en-Barrois; Gerbault, médecin-major au 10e de ligne; Gendre, de Toulouse; Grellet, de Birmandrees; Hamaide, de Fumay; Laffon, de Saint-Cernin-de-Larche; Laurens, de Magesq; Laurent, Lejuge de Segray, Lenoir, de Paris; Linarès, de Lineuil; Ladroitte, de Brunoy; Maestrate, de Paris; Moulinier, d'Excideuil; Raillard, de la Charité, Régnier, de Paris; Riche, de Jeumont; Robin, de Reims; Rolland, de la Force; Rouflay, médecin principal de Fontainebleau; Rougeot, de Paris; Rousseau, de Cernay; Toledano, de Paris; Wibaille, de Préseau; Zucarelli, de Corte.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. H. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le dimanche 21 janvier, à neuf heures et demie du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Assainissement de Paris. — Habitations métalliques et maisons à température constante. — Etat sanitaire de l'Europe.

La Chambre des députés va s'occuper, dans quelques jours, d'un projet d'emprunt de 117 millions qui lui a été soumis par la ville de Paris et qui est destiné à terminer les travaux d'assainissement dont le programme a été tracé par la Commission technique de l'assainissement de Paris, nommée par arrêté du 28 septembre 1880 et qui a terminé ses travaux au mois d'octobre 1883. M. Mesureur, rapporteur de la commission de la Chambre à laquelle l'examen de ce projet a été confié, lui a donné lecture de son rapport le 17 janvier et l'a déposé samedi sur le bureau de la Chambre.

La commission impose à la Ville l'obligation d'organiser l'épandage des eaux d'égout dans un délai de cinq années. Nous allons donc voir s'accomplir enfin ces travaux si nécessaires et si impatiemment attendus.

Lorsqu L'Alphand présenta au ministre les conclusions de la grande enquête dont nous avons parlé plus haut, il demanda les fonds nécessaires pour commencer l'exécution du programme tracé par elle ; mais le Conseil municipal de cette époque refusa de les voter. Mieux avisé cette année, il demande à contracter un emprunt suffisant pour en finir d'un coup et il propose de gager cet emprunt sur le produit des taxes qui seront prélevées sur les nouvelles chutes des écoulements directs à l'égout. Ce revenu, s'accroîtra dans de très fortes proportions, car il n'y avait encore à la fin de 1890 que 4,667 chutes de cette nature et ce système est destiné à remplacer peu à peu les fosses fixes, les fosses mobiles, les tinettes filtrantes et les autres modes de vidanges (1).

Les travaux à accomplir pour réaliser le programme de la commission ont pour but de désinfecter la Seine et de délivrer Paris de la ceinture de dépotoirs dont les odeurs l'empoisonnent pendant l'été. La Seine, quand elle sort de Paris, est arrivée à un degré de souillure qui est un fléau pour les localités situées en aval et une honte pour la grande ville. Elle a reçu, avant d'y entrer, toutes les déjections des communes situées en amont, sur ses bords et sur ceux de la Marne. Autrefois, ce déversement était sans grand inconvénient. Saint-Maur, Créteil, Joinville-le-Pont, Maisons-Alfort, Charenton, etc., étaient de petits villages, une réunion de maisons de campagne qui disparaissaient sous la verdure et souillaient à peine les rivières dont elles ornaient les bords ; mais aujourd'hui ce sont des villes dont la population réunie dépasse 100,000 âmes. On y compte de grands établissements publics comme l'asile d'aliénés de Charenton, l'asile de convalescence de Vincennes, l'école vétérinaire d'Alfort et des distilleries impor-

(1) Au 31 décembre 1890, on comptait à Paris 63,946 fosses fixes, 17,666 fosses mobiles, 34.462 tinettes filtrantes, 4,667 écoulements directs à l'égout et 429 systèmes divers (*Annuaire statistique* de la ville de Paris pour 1890.)

tantes. Partout on a construit des égouts et toute cette population pratique le tout à la Seine, avec le plus complet abandon.

Pendant son trajet à travers Paris, la rivière reçoit toutes les déjections de la Cité et de l'île Saint-Louis qui n'ont pas d'autre déversoir; on y projette parfois l'eau des égouts, de l'Arsenal, du Châtelet, du pont de la Concorde et cependant, quand elle sort de Paris, elle est encore présentable; mais à partir du point où le grand collecteur de Clichy lui apporte les trois cent mille mètres cubes d'eau d'égout que déverse chaque jour la grande ville, ce qui fait par an cent millions de mètres cubes environ (1), à partir de ce point, ce n'est plus un fleuve, c'est un courant d'ean sordide, d'un aspect répugnant, couvert d'une couche de matière grasse sur laquelle flottent d'immondes débris. La vase grise qui s'y dépose forme des bancs qui émergent dans les basses eaux et qu'il faut enlever à la drague pour éviter l'obstruction du fleuve. La fermentation qui se produit dans ces amas fétides y produit d'énormes bulles de gaz qui viennent crever à la surface et, quand il passe un bateau à vapeur, qui remue ces bas-fonds, il soulève des flots d'écume et semble causer une ébullition. Il est inutile d'insister sur les dangers d'un pareil état de choses. Nous avons déjà parlé de l'impossibilité de continuer à laisser boire de pareilles eaux à la banlieue nord-ouest de Paris et indiqué les efforts que fait la Compagnie des eaux pour lui en fournir de meilleure (2); mais ce n'est là qu'un palliatif tout local et la Seine n'en continue pas moins à empoisonner ses riverains jusqu'à la hauteur de Meulan.

Les travaux projetés et que doit couvrir l'emprunt, ont pour but d'arriver à faire cesser, aussi complètement que possible, la pollution de la Seine. Ils sont de deux ordres. Il faut d'abord compléter le réseau d'égouts de la ville, il faut ensuite conduire toutes les eaux qu'il charrie sur des terrains d'épandage.

Le réseau d'égouts tracé par Belgrand doit avoir une étendue de 1,040 kilomètres. Il y en a aujourd'hui 900 de construits, il n'en reste donc que 140 à percer; mais il y en a un grand nombre à réparer; toute une partie du réseau est au-dessous du niveau des collecteurs et doit être refaite. De plus, il faut s'occuper des égouts de la banlieue qui se rendent aujourd'hui dans la Seine et dans la Marne. On a l'intention, pour recevoir leur contenu, de construire sur chaque rive un grand collecteur. Tous deux viendront s'aboucher avec ceux de la rive gauche et de la rive droite, qui se réunissent, comme on le sait, à l'aide d'une conduite passant en siphon sous la Seine, à la hauteur du pont de l'Alma et viennent se rendre à l'usine élévatoire de Clichy.

La seconde partie du programme comprend les travaux nécessaires pour conduire les eaux sur les terrains d'épandage. Il n'y a encore en service que les champs d'irrigation de Gennevilliers qui fonctionnent depuis 25 ans, qui ont maintenant une superficie de 800 hectares et qui reçoivent environ 32 millions de mètres cubes d'eau par an.

Le domaine d'Achères, qui a été concédé à la ville pour ses irrigations, par la loi du 4 avril 1889, comprend également 800 hectares. Les travaux

(1) Il faut en déduire les trente-deux millions de mètres cubes qui sont déversés sur la presqu'île de Gennevilliers.
(2) Voir l'*Union médicale* du 30 mai 1893, n° 63, p. 755.

ont été approuvés le 16 janvier 1890, par le ministre des travaux publics ; la dépense totale prévue est de 10,500,000 francs. Ils sont très avancés et quand ils seront terminés, les terrains d'Achères absorberont environ 32 millions de nouveaux mètres cubes par an. Il en restera donc encore 36 millions environ, sans compter les eaux provenant des localités en amont de Paris qui vont aujourd'hui directement à la rivière et qui seront recueillies par les deux nouveaux collecteurs en projet. Il faut aussi tenir compte de ce fait que la quantité des eaux vannes augmentera dans Paris, en même temps que le nombre des chutes directes à l'égout, parce que ce système comporte la projection, dans les cabinets d'aisance, de 10 litres d'eau par jour et par personne.

En tenant compte de ces conditions et de l'accroissement progressif de la population de Paris, on a calculé qu'il fallait, pour faire grandement les choses, compter sur 400,000 mètres cubes par jour et que cela nécessiterait une surface totale de 3,500 hectares. Il en reste donc encore 1,900 à se procurer. On les trouvera sans peine. M. A. Carnot, ingénieur en chef des mines, a tracé la carte géologique des environs de Paris, au point de vue qui nous occupe (1). Il y a trouvé plus de 30,000 hectares de terrains sablonneux convenables pour l'épandage. Tous ne sont pas utilisables ; mais il y en a dans le voisinage beaucoup plus qu'il n'en faut. Pour le moment, le projet consiste à utiliser d'abord les terrains que la ville possède à Créteil et sur lesquels on pourra conduire les eaux d'égout d'une partie des localités situées en amont de Paris. En aval, on s'occupe d'approprier à la même destination le plateaux sablonneux des Muraux, et enfin ceux de Méry-sur-Oise, qui sont également la propriété de la ville. Ces derniers, en raison de leur altitude supérieure à celle du bassin de la Seine, exigeront l'emploi d'une machine élévatoire.

Nous avons donc l'espoir, dans quelques années, de voir la Seine reprendre sa pureté primitive; la masse énorme des eaux d'égout ira fertiliser des terrains aujourd'hui improductifs et nous serons débarrassés des dépotoirs et des fabriques de sulfate d'ammoniaque qui empestent la ville et déversent clandestinement à la rivière les matières fécales qu'elles ne peuvent pas utiliser. Nous reviendrons, dans un autre article sur l'épandage et sur le tout à l'égout, ces questions si simples quand on les aborde sans esprit de parti, mais que les intéressés s'efforcent d'embrouiller, avec l'espoir de pêcher en eau trouble.

Les progrès incessants de la métallurgie tendent à remplacer partout, dans les constructions, le bois et la pierre par le fer et l'acier. La substitution est déjà complète en architecture navale; elle marche plus lentement sur terre ; mais elle se traduit de jour en jour par de nouveaux essais. Nous avons déjà parlé des habitations des Etats-Unis dans lesquelles le fer a complètement remplacé le bois; mais dont les murs sont encore en pierre (2); la Compagnie des mines de Lens (Pas-de-Calais) vient de faire une tentative plus radicale. Elle a fait bâtir à Hautmont (Nord) une église complètement en tôle d'acier. Les éléments de la construction sont

(1) Ad. Carnot. Etude sur les terrains propres à recevoir les eaux d'égout de la ville de Paris. (Rapport de la 3e sous-commission de l'assainissement de Paris.)

(2) *Union médicale* du 11 juillet 1893, no 5, p. 58.

des caissons emboutis et assemblés de manière à renfermer entre leurs parois opposées un matelas d'air de 16 à 50 centimètres d'épaisseur. Des fers en T et des plats transversaux entrecroisent les pannaux et donnent à l'ensemble la rigidité nécessaire. L'air circule ou reste immobile à volonté de façon à assurer la ventilation, ou bien à empêcher l'échange des températures. Les surfaces sont galvanisées à l'intérieur et peintes extérieurement au minium. Des plaques de bois vissées aux plaques métalliques permettent de fixer aux murs les objets d'ameublement.

Ces constructions ont une résistance remarquable ; on n'a plus à redouter avec elle les tremblements de terre, les fissures ni les dénivellations du sol ; on ne redoute ni la foudre ni l'incendie ; la désinfection en est facile et le nettoyage également. Une maison peut être construite en quelques semaines et habitée immédiatement.

La question capitale et sur laquelle nous ne sommes pas très rassuré, c'est celle qui concerne l'humidité et la température. On affirme bien que la présence d'un matelas d'air épais les annihile complètement. Des thermomètres enregistreurs, à effet continu de jour et de nuit, ont tracé des diagrammes très rassurants à cet égard ; mais quand on se souvient des maisons à blocs de mâchefer ou à parois métalliques étudiés par Pettenkofer, lesquelles étaient brûlantes en été, glacées en hiver et sur les parois desquelles la vapeur d'eau se condensait en ruisseaux, lorsqu'on voit qu'il en est exactement de même à bord de nos grands navires à parois métalliques, on réserve son opinion et on estime qu'avant d'appliquer ce mode de coustruction aux maisons, il faut attendre qu'il ait fait ses preuves dans des édifices qui ne sont occupés que momentanément et dans lesquels on ne couche pas.

Nous en dirons autant des maisons à température constante imaginées par le médecin hollandais van der Heyden, et dont il vient de faire construire un spécimen à Yokohama où il habite depuis longtemps. Les murs sont formés de caissons en verre transparent et étanches, qu'on remplit avec un liquide spécial. Le plafond est constitué de la même manière et une toiture vitrée recouvre le tout. Des cheminées d'aération permettent le renouvellement méthodique de l'air dans cette cage, dont la température demeure constante grâce au peu de conductibilité du liquide contenu dans les caissons de verve, qui en forment les parois. Tout cela nous semble bien théorique, mais il faut enregistrer tous les essais qui se font dans cette voie, parce qu'ils peuvent renfermer une idée que l'avenir fécondera.

L'état sanitaire de l'Europe est en ce moment caractérisé par des petits retours de toutes les épidémies qui y ont régné depuis quelques années. C'est d'abord la grippe qui a reparu avec les premiers froids. On la signale sur plusieurs points de la France, et notamment à Marseille ; elle a régné épidémiquement, il y a un mois, en rade de Brest, à bord du vaisseau école le *Borda* ; à Paris les médecins ont l'occasion d'en observer des cas tous les jours et quelques-uns d'entre eux sont suivis de mort. La statisque municipale des deux premières semaines de l'année n'en signale pas ; mais elle indique une augmentation très notable des décès causés par les maladies aiguës des organes respiratoires (159 au lieu de 112 pendant la semaine précédente), et il est permis de penser qu'il y a eu quelques grippes dans

le nombre. On en trouverait peut-être aussi parmi les cas de congestion pulmonaire qui ont causé 60 décès en dehors des 159 précédents.

La variole continue son chemin. Dans la première quinzaine de janvier, elle a causé 22 décès à Paris et 49 entrées aux hôpitaux. On en a constaté également des cas en province. On en signale à Rennes, à Saint-Lô, à Cherbourg, à Rouen; on en a constaté 15 cas sur des militaires récemment arrivés au corps. Il est inutile de dire qu'on revaccine à outrance dans toutes ces localités.

Le choléra n'est pas encore complètement éteint dans le Finistère, depuis le 1er janvier, on y a enregistré 3 décès.

Le typhus a fait sa réapparition à Nancy ; on en a constaté 4 cas dans la prison de la ville. A Paris, on en a signalé un à la Santé le 2 janvier, et un autre au Dépôt le 15.

Enfin, pour compléter cette petite revue, la peste recommence à faire parler d'elle. Ce n'est pas en Europe asssurément, mais elle menace notre frontière du Tonkin. Elle ravage la province chinoise du Quang-Si et sévit surtout à Long-Tcheou.

Tout cela ne constitue pas une situation bien alarmante, et n'empêche pas la mortalité de se tenir en France, à un taux inférieur à la moyenne, si toutefois, on en juge par la statistique de Paris ; mais il est curieux de constater une fois de plus, combien les maladies épidémiques ont de peine à s'éteindre et la façon dont elles manifestent leur ténacité par des retours inattendus. On dirait qu'elles laissent après elles des germes qui n'attendent qu'une occasion favorable pour éclore, mais dont la force d'expansion va progressivement en diminuant.

Jules Rochard

Du traitement des tumeurs cérébrales

Dans le dernier congrès tenu à Newcastle par la *British medical association*, W. Horsley a fait une importante communication sur le *traitement des tumeurs cérébrales*. Elle a paru le 23 décembre dans le *British medical journal*. On connaît l'autorité du chirurgien anglais dans tout ce qui touche à l'intervention sur le crâne. Voici les principaux points de sa pratique.

Tout d'abord, il étudie *le traitement du malade avant la consultation chirurgicale* et discute immédiatement le diagnostic. Il est difficile.

D'après H. Jackson, les symptômes qui peuvent vous guider sont de deux ordres : ou ils ont rapport à des *phénomènes de suractivité*, ou, au contraire, ils se manifestent par un *défaut d'action* (want of action). Les symptômes de suractivité sont : 1° les attaques d'épilepsie jacksonienne souvent précédée par une perte complète de connaissance ; 2° les contractions bien localisées, quelquefois isolées et rythmiques ; 3° enfin les sensations subjectives, elles aussi localisées, connues sous le nom d'auras, se montrant plus ou moins fréquemment et n'étant pas nécessairement précédées d'une attaque convulsive.

Quant au symptôme qui personnifie le défaut d'action, c'est ou une paralysie motrice progressive affectant une région du corps, ou une paralysie sensorielle fixée sur un sens spécial et d'un seul côté, ou bien enfin la com-

binaison des deux paralysies motrice et sensorielle dans la même région, présentant aussi un caractère progressif.

Il est admis que le diagnostic n'est ferme que lorsqu'on a reconnu les trois symptômes cardinaux suivants · *névrite optique, céphaiagie, vomissements*. Ces trois signes, qui personifient en quelque sorte la tumeur cérébrale, peuvent quelquefois faire défaut. Le chirurgien doit cependant passer outre, nous dit Horsley, et il cite un cas de sa pratique dans lequel la névrite optique manquait. Pour sa part, il ajoute une grande importance à la marche de l'affection et à son caractère progressif et estime qu'en suivant bien son malade et en procédant par exclusion on pourra éviter les erreurs de diagnostic.

La tumeur reconnue, il s'agit de savoir si on peut en triompher par une médication interne ou s'il faudra avoir recours à une opération, et c'est ici le moment de discuter l'utilité de l'iodure de potassium et ce qu'on peut en attendre ainsi que des autres médicaments. Horsley pense qu'il faut y avoir recours ; mais qu'il ne faut pas continuer trop longtemps leur administration ; car, en ce faisant, on s'expose à livrer au chirurgien un malade dont la lésion est trop avancée.

Il est partout reconnu que la thérapeutique médicale n'a d'action que sur deux ordres de tumeurs : les gommes syphilitiques et les nodules tuberculeux. Pour les premières, au bout de six semaines de mercure et d'iodure de potassium, on sera fixé et pour la tuberculose l'arsenic et l'huile de foie de morue auront dit leur dernier mot, même avant quatre mois. Dans les deux cas, s'il n'y a pas ou amélioration ou arrêt dans la marche progressive des symptômes, il faut intervenir.

Que peut-on attendre de l'intervention chirurgicale? telle est la seconde question à laquelle répond Horsley et il examine d'abord l'extirpation du néoplasme et ses conséquences. Tout dépend bien entendu de la nature anatomique de la tumeur. Si c'est un gliome ou un gliosarcome, l'opération sera très difficile, forcément incomplète à cause même de la limitation de l'affection. Si ce sont des nodules tuberculeux, il est encore bien évident que leur multiplicité et leurs adhérences compliquent beaucoup la question. Si c'est un fibrome, au contraire, il est certain qu'on guérira son malade et quant aux gommes il faut les enlever et on aurait de beaucoup meilleurs résultats si on pouvait les atteindre avant le développement de la pachyméningite qui a une nature progressive.

Si on ne guérit pas son opéré, on peut toujours le soulager et on amende les symptômes signalés plus haut. La céphalalgie est toujours améliorée, quand elle ne disparaît pas complètement, cela ressort des statistiques du chirurgien anglais et se comprend facilement puisqu'on a en quelque sorte déserré le cerveau. La névrite optique sera endiguée et les vomissements cesseront forcément avec la diminution de tension intra-cranienne.

Un des points les plus intéressants de la communication de Horsley est celui qui a trait aux *nouvelles modifications* qu'il a apportées dans la *technique opératoire*.

Il n'est pas partisan de la méthode ostéoplastique de Wagner, qui consiste à enlever une partie étendue de la voûte cranienne et des tissus qui la recouvrent avec le ciseau et le maillet et à la replacer ensuite. Il craint le choc occasiouné par ces coups répétés, supportés par le crâne et il suffit

d'avoir opéré ou vu opérer de cette façon pour être de l'avis de Horsley et comprendre l'ébranlement intracranien qui doit en résulter. Aussi, se sert-il d'une espèce de scie mécanique qui fait une brèche et celle-ci est agrandie à l'aide d'une puissante pince coupante. Il ne ménage pas le péricrâne; convaincu, d'après sa pratique et ses expériences, qu'il n'a aucun pouvoir ostéogénique.

Le chirurgien anglais fait aussi tous ses efforts pour diminuer le *choc opératoire*, persuadé que de nombreux malades meurent de cet accident, et, à cet effet, il fait son opération en *deux temps*. Dans une première intervention, il enlève le couvercle osseux et plus tard il procède à l'extirpation de la tumeur. Comme on le voit, il y a là quelque chose de nouveau. De même dans sa façon de se comporter avec la cavité laissée par l'ablation du néoplasme. Comme l'a recommandé Bergmann et comme Bramann vient d'en donner récemment de brillants exemples, il tamponne la cavité avec de la gaze antiseptique et évite ainsi l'hémorrhagie qui peut avoir dans ce cas des conséquences graves. Les tissus perinéoplasiques sont ramollis par la présence de la tumeur, ils saignent facilement et cèdent sous une petite pression. L'hémorrhagie peut donc se produire et le sang passant à travers les tissus ramollis tomber dans le ventricule latéral, de là passer dans le quatrième ventricule et déterminer la mort par compression des centres bulbaires. C'est ce qui est arrivé à Horsley dans une de ses interventions.

Mac Coen qui a pris la parole à propos de cette communication adopte les conclusions de Horsley et pour les mêmes raisons que lui agit en deux temps dans les ablations des tumeurs cérébrales.

E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 janvier 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Sur les scléroses systématiques dites primitives de la moelle

M. Babinski vient présenter quelques objections aux propositions que M. Marie a énoncées dans sa dernière communication sur l'origine polio-myélitique des scléroses dites primitives de la moelle. M. Marie soutient que les lésions des cordons postérieurs dans le tabès ne naissent pas dans la moelle, mais y sont apportées du dehors par suite de la dégénération des racines postérieures. On peut objecter que dans certains cas (faits de Redlich), les lésions des cordons postérieurs sont plus prononcées que celles des racines postérieures. Il n'est pas encore démontré que les lésions des cordons postérieurs portent exclusivement sur les fibres d'origine exogène. Il n'est pas prouvé non plus que la sclérose tabétique soit identique à celle qui succède à la dégénération secondaire ; il ne faut pas oublier que la méningite spinale qu'on observe parfois dans le tabès n'a pas été signalée dans la sclérose secondaire ascendante.

M. Marie affirme que les fibres blanches nerveuses ne s'altèrent jamais primitivement, que leur dégénérescence est toujours secondaire. En théorie, cette idée n'a rien de subversif. M. Babinski a, lui-même, fait remarquer autrefois qu'une lésion dyna-

mique des ganglions spinaux pouvait expliquer à la fois, jusqu'à un certain point, les altérations des cordons postérieurs et les névrites sensitives, dites périphériques, dans le tabès.

Que, dans les scléroses combinées, enfin, les altérations des cordons soient sous la dépendance de modifications de leurs centres trophiques, ce n'est encore là qu'une hypothèse ; car, dans bien des cas de cléroses. systématiques, dites primitives, les centres cellulaires d'où proviennent les fibres altérées ne présentent aucune altération appréciable.

M. Marie reconnaît qu'il a émis des hypothèses ; mais ces hypothèses s'appuient sur quelques faits bien établis, par exemple sur les lésions de la moelle dans la pellagre. De telles hypothèses sont donc permises quand on peut les faire reposer sur des bases solides.

D'ailleurs, si M. Marie pense que dans le *tabes incipiens* le processus morbide est de nature *exogène*, il admet aussi que, dans le tabès plus avancé, au processus *exogène* s'ajoute un processus endogène grâce auquel les faisceaux du cordon postérieur, qui ne dégénéreraient pas par le seul processus exogène, s'altèrent également. Peut-être aussi, pour expliquer les scléroses presque totales qui s'observent dans certains cas de tabès, faut-il admettre que les altérations vasculaires et interstitielles intra-médullaires dues à la dégénération endo-exogène des fibres du cordon postérieur peuvent amener à elles seules la disparition des fibres persistantes jusqu'alors.

Parotidite chronique

M. Renault présente à la Société une malade de 41 ans atteinte de parodite chronique double. Cette femme n'a eu aucune maladie infectieuse aiguë ; elle n'est pas éthylique ; bien qu'elle ait fait trois fausses couches autrefois, elle ne présente actuellement aucun stigmate de syphilis.

Il y a quatre ans, cependant, elle fut soignée pour des accidents pharyngés et soumise au traitement mercuriel et ioduré. Trois semaines après le début de ce traitement mixte les parotides se tuméfiaient, douloureuses ; depuis ce moment, ces phénomènes ont persisté, tout d'abord, avec des alternatives d'exacerbation et de disparition complète. C'est ainsi que la tuméfaction parotidienne disparaissait pendant l'hiver pour reparaître l'été. Mais depuis un an environ elle persiste sans modification.

Cette tuméfaction est généralisée à toute la glande dont la forme, restée régulière, est bien plus apparente ; du côté droit, la parotide accessoire se dessine très nettement. La pression est légèrement douloureuse ; il n'y a pas d'adénite cervicale, les muqueuses buccale et pharyngée sont saines, les amygdales normales.

L'orifice du canal de Stenon est, de chaque côté, visible, et laisse écouler à certains moments, et en grande abondance, un liquide filant, visqueux. Cette expulsion salivaire semble sous la dépendance de la pression produite par la contraction musculaire ; elle se produit, en effet, au moment de la mastication, dans certains mouvements de la tête et d'ailleurs une légère pression suffit à la provoquer.

On pourrait penser qu'il s'agit là de calculs salivaires avec rétention de la salive ; mais un stylet a été introduit par M. Périer dans le canal de Sténon, sans rencontrer aucun obstacle. Il n'y a pas à songer à des tumeurs bénignes ou malignes des parotides, pas plus qu'à la parotidite canaliculaire décrite par Chassaignac ; on ne peut invoquer l'influence d'agents médicamenteux bien que l'affection ait débuté quelque temps après le commencement d'un traitement mixte ; en tous cas, celui-ci n'aurait été que la cause déterminante. M. Comby a rapporté des cas de parotidites chroniques par le plomb, mais la malade n'a jamais présenté aucun phénomène d'intoxication saturnine.

M. Renault est donc conduit à penser que chez cette malade la parotidite reconnaît une cause spéciale. Elle souffre, en effet, depuis longtemps de rhumatisme chronique déformant et il suffit de regarder ses mains et d'examiner son état général pour voir combien elle a été profondément atteinte. C'est probablement à ce rhumatisme chronique qu'il faut rattacher les altérations des parotides.

MM. Rendu et Comby pensent que chez la malade de M. Renault la cachexie rhumatismale n'est pas à mettre en cause ; ils croient qu'il existe plutôt un certain degré de sténose des canaux de Sténon amenant une rétention salivaire et, par conséquent, une tuméfaction de la parotide.

M. Renault fait remarquer que M. Périer a pu facilement faire pénétrer un stylet dans les canaux de Sténon ; que de plus, l'écoulement de la salive se fait très facilement et très abondamment à certains moments ; enfin que, pendant une longue période, la tuméfaction parotidienne, qui est double, disparaissait l'hiver pour reparaître l'été. Il y a donc là bien des phénomènes qui ne s'accordent pas avec l'idée de rétention salivaire.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Maladies infectieuses

Un nouveau signe de la fièvre typhoïde. — Lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde. — Procédés propres à mettre en évidence les éruptions invisibles à l'œil nu. — Bactériologie et traitement de la scarlatine.

1. M. Phillippowitsch a décrit un nouveau signe de la fièvre typhoïde qu'il désigne sous le nom de signe palmo-plantaire. Tandis que, chez un sujet sain, la peau de la plante des pieds et de la paume de la main sont colorées en rose, chez un typhique la coloration de ces mêmes parties est grisâtre, l'épiderme est rude et on éprouve parfois en le pressant une sensation de dureté. Le changement de coloration est un symptôme de la période d'état qui disparait dès que la convalescence se prononce ; par contre, la rugosité persiste longtemps. M. Phillippowitsch attribue à ce signe palmo-plantaire une valeur pathognomonique absolue.

2. Il résulte d'un travail publié par M. Arnaud, dans les archives de marine militaire, que les lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde, exceptionnelles dans nos pays, sont fréquentes dans le nord de la Tunisie. Sur 117 cas de mort par fièvre typhoïde, 31 fois seulement il n'existait pas d'altération du gros intestin ; les lésions existaient donc dans 73,60 p. 100 des cas.

Ces lésions peuvent être rangées sous trois chefs : 1er degré, production du folliculite ; 2e degré, petites ulcérations isolées ou confluentes, disséminées ou limitées à une portion plus ou moins étendue de la muqueuse du gros intestin ; 3e degré, ulcérations plus larges, plus profondes, entourant plus ou moins complètement les divers feuillets de la muqueuse ; dans ces cas, on trouve assez fréquemment les couches superficielles sphacélées et se détachant par lambeaux. Les lésions du 1er degré sont les plus fréquentes ; celles du 3e degré sont très rares. Dans le plus grand nombre des cas, les ulcérations du gros intestin et celles de l'intestin grêle ont une évolution simultanée. Mais, pour les lésions du 3e et du 2e degré, on peut se demander, étant donné le lieu, où ont été recueillis les cas de M. Arnaud (Tunisie) s'il ne s'agit pas d'une dysenterie surajoutée à la fièvre typhoïde. Notre confrère se refuse à trancher définitivement la question.

Les symptômes qui permettent de soupçonner, chez un typhoïdique, des lésions du gros intestin, sont : un mélænisme surtout marqué au niveau des côlons ascendant,

ransverse et descendant, des douleurs abdominales vives, des coliques fréquentes, des selles hémorrhagiques. On voit qu'il n'y a pas de signe bien net.

Un agent infectieux rendu probablement plus virulent et un état intestinal devenu naturellement plus défavorable doivent suffire à expliquer, pour M. Arnaud, le grand nombre et l'étendue des lésions des deux intestins dans les cas de fièvre typhoïde observés en Tunisie.

3. M. A. Broca a démontré que, par certains procédés physiques sur la théorie desquels nous n'insisterons pas ici, il est possible de décéler l'existence d'éruptions cutanées invisibles à l'œil nu et, par suite, de faire un diagnostic précoce ou rétroactif des fièvres éruptives.

La photographie met en évidence des taches de la peau qui, sans elle, resteraient complètement inaperçues. M. Broca rapporte comme exemple le fait suivant : un photographe de Berlin ayant photographié une dame dont la peau du visage paraissait normale, fut tout surpris de voir sur son cliché la face du modèle criblée de points noirs, et, peu de jours après, la cliente du photographe succomba à la variole.

Mais la photographie est toujours délicate à employer et exige un matériel spécial. Il suffit pour découvrir des éruptions invisibles à l'œil de regarder à travers un verre bleu. On se place près d'une fenêtre bien éclairée, tout en évitant la lumière directe du soleil et, tenant le verre bleu le plus près possible de l'œil, on regarde la partie suspecte. La peau et tous ses accidents se présentent alors sous l'aspect d'un camaïen bleu, sur lequel les éruptions paraissent et disparaissent en donnant une sensation de papillotement. On ne doit pas examiner le malade dans une chambre tendue de rouge, il faut se défier des éphélides, des marbrures invisibles à l'œil nu, des petites congestions dues au frottement, des piqûres de parasites.

M. Broca a pu découvrir des traces d'une éruption de rougeole 5 à 6 jours après sa disparition apparente. Dans cette même maladie, il a montré que, lorsque l'éruption commence, les taches sont très nettement estompées, tandis que lorsqu'elle décroît elles le sont beaucoup moins.

Dix jours après qu'une variole syphilitique a cessé d'être visible pour l'œil, le verre bleu permet d'en trouver des traces.

Dans un eczéma à répétition que l'on provoquait à volonté en faisant manger du poisson au malade, M. Broca a pu annoncer le développement de l'éruption douze heures avant qu'ellle ne fût visible à l'œil nu.

4. La *Semaine médicale* a donné l'analyse de deux travaux intéressants, publiés en Amérique, sur la scarlatine.

A propos de la bactériologie de cette maladie, M. Hallock Park a fait connaître que, sur 50 cas d'angine scarlatineuse, il a pu constater 20 fois la présence du streptococcus langlomoratus de Kurtz dans l'exsudat. A la période de desquamation, ce microbe n'existe pas dans les lambeaux épidermiques et on n'y trouve que le staphylocoque blanc. M. Park a trouvé le streptococcus langlomoratus dans la muqueuse pharyngienne d'enfants sains et, pour lui, ce n'est pas le microbe de la scarlatine.

M. Tocobi a fait, à l'Académie de médecine de New-York, une communication sur le traitement de la scarlatine. Les mesures hygiéniques suffisent dans les cas légers. Cependant il est souvent nécessaire de recourir aux moyens modérateurs de la fièvre ; on doit alors s'abstenir des médicaments antipyrétiques proprement dits et employer les bains chauds ou la teinture d'aconit. Les lotions d'eau alcoolisées sont une pratique excellente contre l'hyperthermie.

L'angine scarlatineuse doit être traitée au moyen d'injections nasales, de solutions faibles d'acide borique ou de sublimé. Il faut inciser de bonne heure et crever les abcès

ganglionnaires et tamponner ensuite la cavité avec la gaze salicylée. On rejettera l'emploi de la tarlatane iodoformée et de la gaze phéniquée.

On peut éviter l'otite moyenne en traitant l'affection pharyngienne par des injections nasales. Le rhumatisme scarlatineux sera combattu par le salicylate de soude. Pour M. Tocobi, le bruit de souffle que l'on voit souvent apparaître dans le cours de la scarlatine est dû à une myocardite, que l'on traitera par l'opium et les applications de glace dans la région du cœur.

Contre certains symptômes nerveux on aura recours à la phénoritine, en cas d des bains chauds et des enveloppements chauds.

Si, malgré les précautions habituelles et bien connues, il se produit une néphrite, l'enfant sera ɹǝuǝɯɹǝ sur son lit, il prendra un bain chaud tous les matins et on ne le laissera sortir de sa chambre que quand tous les symptômes morbides seront dissipés Le calomel est souvent utile. On combattra les convulsions urémiques par le chloroforme ou bien la morphine associée à l'atropine ou à l'hydrianine. Il faut rejeter la digitale, et ne donner la trientine ou la qu'avec précaution.

L'iodure de potassium et le sublimé administrés alternativement sont les meilleurs traitements à diriger contre la néphrite chronique.

BIBLIOTHÈQUE

La pneumonie lobaire aiguë

Par M. M. Boulay (bibliothèque médicale Charcot-Debove)

La Bibliothèque médicale Charcot-Debove vient de s'enrichir de deux nouveaux volumes sur la pneumonie. S'enrichir est le mot, car l'ouvrage de M. Boulay peut être compté parmi les plus intéressants et les plus complets de ceux qui ont été publiés jusqu'à présent.

Si l'onvoulait étudier l'évolution des idées et des tendances médicales de notre époque on pourrait certainement prendre pour type la pneumonie. Elle compte parmi les affections qui ont le plus subi l'influence des recherches microbiologiques. L'on se souvient encore de l'émoi de la plupart des médecins lorsque, il y a dix ans, on proclama son origine microbienne. D'un seul coup tombaient toutes les théories pathogéniques que d'ingénieux observateurs avaient édifiées. La pneumonie n'était plus le type des maladies inflammatoires franches ; ce n'était plus la névrite du pneumogastrique, ni l'herpès du poumon ; ce n'était pas davantage la « fièvre pneumonique » telle que les anciens la comprenaient.

Qu'on se reporte aux journaux médicaux de l'époque si l'on veut comprendre l'étonnement et la surprise qu'excita la découverte de l'agent spécifique de la pneumonie. Bien des médecins, et des plus éclairés, essayèrent de résister aux idées nouvelles ; mais en médecine, comme en toute science, l'observation pure et simple ne prévaut pas contre l'expérimenation, avec ses résultats mathématiques sur lesquels viennent se briser toutes les obèjctions.

Depuis la découerte du pneumocoque lancéolé, d'innombrables travaux ont été publiés, qui sont vnus, dans ces dernières années, « éclairer d'un jour tout nouveau l'étiologie ainsi que les complications de la maladie, et ouvrir à la thérapeutique une voie inexplorée. » Les recherches bactériologiques nous ont donné l'explication de bien des faits restés obscurs.

En tenant compte de ces recherches et de ces travaux qui se trouvent tous résumés dans son livre, en adaptant aux théories microbiennes les phénomènes qui marquent l'évolution de la pneumonie, M. Boulay nous donne une fort intéressante étude de cette affection. Il en résume tout d'abord à grands traits les diverses phases dans un court historique ; puis, il aborde la description du pneumocoque lui-même, de ses cultures, de ses propriétés pathogènes.

L'anatomie pathologique et la symptomatologie de l'affection sont exposées d'une façon claire et rapide sans cependant que les détails intéressants soient omis.

Dans ces derniers temps, l'étude des complications de la pneumonie a occupé bien des auteurs ; M. Boulay passe successivement en revue ces complications diverses, et ce n'est pas là un des chapitres de moindre valeur ; on y trouve les preuves d'une érudition solide et d'une connaissance aprofondie du sujet.

L'étude des formes de la pneumonie est faite au chapitre diagnostic.

Enfin, l'ouvrage se termine par le traitement ; M. Boulay nous y décrit les diverses médications systématiques qui furent successivement en honneur jusqu'à nos jours, et nous donne pour finir un « résumé des règles du traitement ». C'est à ces règles que l'on doit se tenir.

Tel est le livre de M. Boulay.

Mais il nous semble, après l'avoir lu, que l'introduction se termine d'une façon trop timide. « Nous exposerons l'état actuel de nos connaissances sur la pneumonie, dit M. Boulay, sans oser affirmer que la vérité d'aujourd'hui sera celle de demain. La science marche et progresse, mais elle n'est jamais qu'une ignorance relative. L'histoire de la pneumonie en est la preuve. »

Evidemment tous les problèmes ne sont pas résolus, toutes les obscurités ne sont pas dissipées ; mais nous sommes plus convaincu que M. Boulay de l'excellence de certaines démonstrations scientifiques ; nous croyons fermement que certaines vérités d'aujourd'hui seront celles de demain et de toujours ; nous croyons avoir acquis dans ces dix dernières années une connaissance exacte de faits longtemps inexpliqués. Ce qui ressort surtout de l'histoire de la pneumonie, c'est ce fait que des théories pathogéniques diverses, élevées sur des bases insuffisantes, ont pu longtemps s'entre-détruire et avoir tour à tour une vogue éphémère ; mais que des expériences, ayant toute la rigueur d'expériences mathématiques, nous ont enfin permis de nous rendre compte de la nature réelle d'une affection à propos de laquelle on pourra longtemps écrire encore et discuter, mais en sachant toutefois de quoi l'on discute et sur quoi on écrit.

COURRIER

— Un concours pour la place de chef de clinique chirurgicale du professeur Le Dentu s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 février 1894.

— M. Berthelot, sénateur, membre de l'Institut, est nommé vice-président du Conseil supérieur de l'instruction publique pour l'année 1894.

— M. le docteur Treille, président du Conseil supérieur de santé des colonies, est désigné pour représenter au Congrès international de Rome le sous-secrétariat d'Etat aux colonies.

L'Internat de Saint-Lazare. — Un concours est ouvert pour l'admission à l'internat de l'infirmerie de Saint-Lazare.

Ce concours, destiné à provoquer la désignation de six internes et de six internes provisoires, s'ouvrira, le 15 février, dans ledit établissement.

Questions données a l'externat.— Fractures de la clavicule, — de l'ascite, — anthrax,

Hopital Boucicaut.— On va bientôt commencer la construction de l'hôpital Boucicaut. Les plans et devis du nouvel hôpital sont arrêtés. La construction coûtera environ 2 millions.

Il aura son entrée rue de Vouillé et s'élèvera sur le vaste terrain compris entre les rues de Vouillé, des Cévennes, de Lourmel et Lacordaire.

Il y aura huit pavillons isolés les uns des autres, quatre pour la médecine, quatre pour la chirurgie, plus une maternité de vingt-quatre lits. En tout cent soixante-deux lits.

— La réunion des médecins de réserve et de l'armée territoriale vient de renouveler son bureau pour l'année 1894.

Ont été nommés : Président, M. le docteur Picqué ; Vice-Président, M. le docteur Berger.

— Les journaux politiques annoncent que les batteries gouvernementales ont lancé des bombes sur l'hôpital des insurgés dans l'île das Enxadas, près de Rio-Janeiro. Cinq projectiles seraient tombés sur l'hôpital où il y a eu des morts et des blessés.

Nécrologie.—MM. les docteurs Braconnot (André-Henri), ancien médecin de la marine ; Bartol, de Calvi (Corse) ; Buffré, de Liffré (Ille-et-Vilaine) ; Le Maguet, de Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

— Les mutations dans les différents services des hôpitaux de Paris n'auront pas lieu comme de coutume le 1er février. Les internes seront, cette année, maintenus en exercice jusqu'au 10 mars.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER

Traitement de l'épididymite blennorrhagique

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui du traitement de la chaude-pisse tombée dans les bourses.

On ferait une plaquette rien qu'en écrivant la liste complète des traitements proposés contre cette affection, tellement le nombre des agents qui ont été employés, des médications auxquelles on a eu recours est considérable.

Comme médicaments internes on a préconisé le calomel, l'émétique, le salicylate de soude, les balsamiques, l'arnica, la teinture d'anémone.

Naturellement des pommades de toutes espèces ont été prescrites ; citons seulement celles au mercure et à l'iodure de potassium.

Les topiques les plus variés, l'alun, l'extrait de saturne, le sulfate de fer, la boue de rémouleur, le mâchefer des forgerons, les emplâtres de diachylon, de Vigo, de ciguë ont été appliqués sur les bourses.

Parmi les révulsifs, on a eu recours à la teinture d'iode, au coton iodé ; parmi les irritants et les caustiques, au nitrate d'argent, à l'acide phénique en solution chaude pulvérisée pendant 20 minutes, au stypage avec le chlorure de méthyle, à l'acide nitrique même.

Enfin, quelques médecins ont prétendu obtenir de bons effets des mouchetures du scrotum ou de l'emploi des courants continus.

Toutes ces méthodes si variées permettraient d'espérer, d'après ceux qui les vantent, les plus heureux résultats, et l'on n'aurait donc que l'embarras du choix.

Chose extraordinaire, tous les inventeurs de remèdes ont dit vrai pour une fois. N'importe lequel de ces médicaments, n'importe laquelle de ces médications peut guérir l'épididymite blennorrhagique, ou mieux peut la laisser guérir.

La vraie difficulté consisterait, en effet, à empêcher cette guérison et, en fait, on pourrait prendre, dans une pharmacie, le contenu d'un bocal quelconque renfermant une substance non toxique et l'administrer à un malade atteint de chaude-pisse tombée dans les bourses avec toutes les chances du monde d'obtenir la guérison.

C'est que, en réalité, l'expectative associée à une hygiène bien entendue suffit à amener la disparition de la lésion.

Un médecin de l'hôpital du Midi, Puech, traitait ses malades avec le plus grand succès par le repos au lit et l'enveloppement ouaté.

Actuellement, on emploie presque toujours contre l'orchite blennorrhagique, un traitement simple dont voici les grandes lignes.

1° Repos au lit. Indispensable.

2° Immobilisation de l'organe malade. On peut utiliser pour cela un

foulard enveloppant les bourses et noué derrière les reins, ou bien supporter les organes génitaux par une planchette placée au-dessous d'eux et échancrée en plat à barbe.

3° Application continue de topiques émollients quelconques, cataplasmes de fécule ou de graine de lin.

4° Bains de une heure, d'abord tous les jours, puis de deux en deux jours.

Il faut entretenir la liberté du ventre et, en cas de fièvre, comme cela se voit au début, on prescrira une alimentation légère.

Ce traitement, si simple, est de beaucoup le meilleur.

Il ne faudra laisser lever le malade qu'après la chute complète des phénomènes inflammatoires et douloureux et, les premiers jours, il devra se borner à rester quelques heures couché sur une chaise longue, le scrotum étant enveloppé de ouate. Enfin, quand le noyau caudal sera la seule trace persistante de l'épididymite on se bornera à établir une compression ouatée régulière.

Ce traitement suffit dans l'immense majorité des cas. Cependant quelquefois des complications se produisent qui réclament un traitement particulier.

Si les phénomènes douloureux et inflammatoires sont très intenses, on emploiera les émissions sanguines et la glace. Quinze ou vingt sangsues seront placées dans l'aine et sur le trajet du cordon et jamais sur les bourses, et cette pratique sera généralement suivie d'un prompt soulagement. Si l'on préfère appliquer de la glace, il faudra recouvrir les bourses d'une compresse pliée en plusieurs doubles et placer dessus une vessie remplie de glace cassée en petits fragments. On n'oubliera pas que tout poids un peu élevé exaspère la souffrance. L'application de glace, continuée pendant plusieurs jours, calme bien la douleur; elle convient surtout chez les anémiques lorsqu'il est indiqué de ne pas recourir aux émissions sanguines.

Parfois, sans qu'il y ait de grands phénomènes inflammatoires, les douleurs prennent un caractère névralgique accentué. Dans ce cas, les lavements laudanisés réussissent très bien, et on pourra aussi avoir recours au salicylate de soude, à l'antipyrine et au chloral

La distension de la vaginale, lorsqu'elle est considérable, devient très douloureuse, car il se fait alors une sorte d'hydrocèle suraiguë. Il conviendra de faire une ponction presque capillaire pour évacuer le contenu de la séreuse.

La compression des bourses est une vieille méthode de traitement et le plus généralement on enveloppe le scrotum de ouate et on applique par dessus une bande compressive. D'autres fois, on place des bandelettes de diachylon imbriquées de manière à faire une sorte de cuirasse.

Récemment on a préconisé un suspensoir spécial, celui d'Horand, formé d'une grosse feuille d'ouate, d'un morceau de caoutchouc percé d'un trou pour la verge, et d'un suspensoir ordinaire que l'on peut resserrer à volonté par des cordons. D'après son inventeur, ce suspensoir réalise à la fois la compression et l'immobilisation, il provoque une sudation révulsive et de plus, il permet de ne pas condamner le malade au repos, de le traiter sans l'aliter.

Je viens de vous dire ce qu'il faut faire dans l'épididymite blennorrhagique, il convient maintenant que je vous indique ce qu'il ne faut pas faire. Quelquefois les malades sont soumis à des traiments véritablement très nuisibles. C'est ainsi, par exemple, que l'application des sangsues sur les bourses est une pratique déplorable, exposant à des accidents graves, à des infiltrations sanguines, à des épanchements sanguins en nappe qui se font sous la peau. Les bourses augmentent alors beaucoup de volume, atteignent la grosseur d'une forte orange et leur couleur est noire, noire d'encre. On a vu survenir la gangrène du scrotum, des érysipèles, des phlegmons parfois suivis de mort, ainsi que Monod et Terrillon en ont rapporté des exemples dans leur Traité des maladie du testicule.

Les frictions faites sur les bourses avec l'onguent mercuriel belladonné sont aussi une pratique à rejeter. Elles sont dangereuses parce que le scrotum absorbe avec une grande facilité, probablement à cause du grand développement de la circulation lymphatique à son niveau. Au musée Orfila vous pourrez voir des scrotums dont le système lymphatique est injecté avoir en entier une couleur blanche. Très souvent une seule friction faite sur les bourses suffit à donner une stomatite. Il peut même survenir des accidents d'hydrargyrie pernicieuse, parfois après une seule friction. Dans une observation recueillie par Spillmann (de Nancy) une friction provoqua un empoisonnement grave qui mit la vie du malade en danger pendant plus de trois semaines.

Lorsque l'on se sert de glace il ne faut jamais l'appliquer à même les bourses. D'abord cette application est douloureuse et ensuite on peut provoquer, en agissant de cette façon des gangrènes plus ou moins étendues.

Les cautérisations sur le scrotum sont détestables. Elles ne servent à rien et peuvent provoquer des lésions plus graves que la maladie première. Les cautérisations — et on a quelquefois employé pour les produire l'acide nitrique! — donnent lieu à des inflammations très douloureuses. Rappelez-vous ces malades que vous voyez souvent se traîner à la consultation et nous raconter que l'on a combattu leur chaude-pisse tombée dans les bourses par des cautérisations; leurs souffrances sont extrêmes et leur état bien plus pénible qu'avant le traitement.

Vous savez, Messieurs, qu'il persiste habituellement, à la suite de l'épididymite blennorrhagique, un petit noyau dans la queue de l'épididyme. Ce petit reliquat tourmente beaucoup les malades qui, souvent, surtout lorsqu'il s'agit pour eux d'un mariage, viennent vous demander de les en débarrasser. On a préconisé pour activer la disparition du noyau, un grand nombre de médicaments. Je vous citerai l'iodure de potassium qui, s'il ne fait pas de bien, au moins ne fait pas de mal, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre de ciguë, l'emplâtre de savon. Un grand nombre de médecins ont cru devoir préconiser les pommades appelées fondantes sans doute parce qu'elles fondent sur la peau. Je n'y insisterai pas.

Je vous conseillerai, lorsque l'épididymite est encore récente, de recourir aux cataplasmes de fécule froids que l'on place sur les bourses pendant la nuit, au suspensoir ouaté, aux bains et, plus tard, de prescrire les eaux salines telles que Salies-de-Béarn, ou les eaux sulfureuses.

Toutes les méthodes de traitement que je vous ai citées prétendent guérir rapidement l'orchite blennorrhagique, que faut-il en penser?

Deux choses sont certaines. De tous les agents préconisés, il en est un qui réussit presque toujours, c'est le repos. Mettez les malades au lit et faites-les y rester tout le temps que dureront les phénomènes inflammatoires. C'est là le meilleur des conseils que vous puissiez donner.

Ce qui est non moins avéré, c'est que les médications accessoires sont extrêmement utiles quand on sait saisir leurs indications. Si les douleurs sont très vives, par exemple, il faut employer les bains, les topiques émolliens, les sangsues, les pulvérisations de chlorure de méthyle; vous n'aurez pas de bons résultats si votre malade ne séjourne pas au lit, dans le cas contraire, les souffrances se calmeront très rapidement.

Je tiens à vous répéter de nouveau ce que je vous ai dit en commençant, tout réussit lorsque le malade garde le repos et c'est ainsi que l'on a obtenu d'excellents résultats avec les méthodes de traitement les plus différentes.

Cependant, je vous ai parlé d'un suspensoir qui permettrait de laisser les patients vaquer à leurs occupations. En réalité, l'application seule de ce suspensoir réussit, en effet, dans un certain nombre de cas, mais non dans tous. Certains malades ne peuvent le supporter à cause des douleurs qu'il provoque, d'autres ne le tolèrent que peu de temps et sont forcés de se coucher pour être soulagés; enfin, il est possible que les indurations, suites habituelles de la maladie, soient plus volumineuses et plus fréquentes dans ce mode de traitement.

Vous emploierez le suspensoir d'Horand dans les épididymites subaiguës, indolentes, ou bien lorsque les malades craignent, en prenant le lit, de révéler leur maladie à leur entourage, ou bien encore lorsque le repos leur serait très préjudiciable au point de vue de leurs occupations.

En dehors de ces indications spéciales, la médication classique doit avoir toutes vos préférences.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1894 — Présidence de M. ROCHARD

Contribution à la chirurgie de la poitrine. — Nouveau traitement des empyèmes chroniques

M. E. DELORME porte à la connaissance de l'Académie une méthode toute nouvelle de traitement des empyèmes dont la pleurotomie n'a pu assurer la guérison. Cette méthode prendra certainement le pas sur l'opération d'Estlander.

Elle consiste :

1° Dans l'ouverture large et momentanée du thorax par la formation d'un volet thoracique ;

2° Dans la recherche et l'ablation de la fausse membrane qui encapsule le poumon et le fixe dans la gouttière vertébrale. Le poumon dégagé, le volet est refermé ; il se soude à la paroi à laquelle il se réunit par première intention et l'opéré guérit de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples.

Ceux qui pratiquent l'Estlander dans les grands empyèmes, avec rétraction considérable, cherchent à oblitérer une vaste cavité suppurante à parois rigides. Ils considèrent le retrait du poumon comme un fait acquis définitivement et refoulent vers ce poumon à jamais perdu, la paroi thoracique assouplie par l'excision de ses côtes ou mobilisée au maximum par une excision costale combinée avec la dissection de la paroi réduite à ses parties molles.

L'opération de M. Delorme a été imaginée par lui en 1892, et est basée sur une idée toute différente ; il l'a préconisée au Congrès de chirurgie de 1893, mais il n'a pu la pratiquer sur le vivant que le 20 janvier 1894. Un poumon bridé, encapsulé par une fausse membrane continue, épaisse, inextensible, n'est cependant pas incapable de reprendre son intégrité fonctionnelle. Aussi M. Delorme s'attaque-t-il à la coque pulmonaire ; il l'excise et en débarrasse le poumon, lequel reprend son volume normal, et comble la cavité intra-thoracique.

L'Estlander fait bon marché d'une paroi devenue inutile. L'opération de M. Delorme n'en compromet l'intégrité que d'une façon temporaire. L'opération ancienne considère comme perdue la moitié du champ opératoire, la méthode nouvelle rétablit en entier ce dernier.

Voici l'observation :

Un soldat de 24 ans est atteint, en mai 1893, d'une pleurésie gauche ; en septembre de la même année, il subit l'opération de l'empyème. On retire 600 grammes de pus. Après une amélioration passagère, la fistule reste ouverte, la température s'élève à intervalles. Une sonde introduite dans la fistule s'engage d'avant en arrière à 15 centimètres environ ; elle remonte jusqu'à la limite supérieure de la cavité et s'enfonce transversalement en profondeur à peu près à 8 centimètres. Dans ces conditions l'opération d'Estlander devait être incapable de combler la cavité suppurante, et M. Delorme résolut de tenter l'ablation de la fausse membrane immobilisant le poumon.

Le 20 janvier, il fit l'opération suivante : De la 3e côte inclusivement à la 6e inclusivement, il traça un lambeau cutanée à base postéro-supérieure adhérente par une incision représentant les trois côtés d'un rectangle. Ce lambeau, dont la direction était oblique de haut en bas, et d'arrière en avant, s'étendait de la saillie du bord axillaire de l'omoplate à près de trois travers de doigt du bord latéral gauche du sternum. Il fut libéré au ras des côtes ; puis, à ses limites antérieures, M. Delorme sectionna chaque côte avec l'espace intercostal. Des pinces hémostatiques étaient appliquées sur les bouts des intercostales. En arrière, à la base du lambeau, chaque côte fut réséquée dans l'étendue de 1 centimètre à 1 centimètre et demi environ, avec conservation des muscles intercostaux, des vaisseaux et des nerfs. Au ras des côtes supérieures, des côtes limites, M. Delorme libéra ensuite le volet en haut et en bas jusqu'au niveau de sa base, puis il lui fit faire bascule et ouvrit la cavité thoracique. Il vit alors une vaste poche allant en bas jusqu'à l'angle costo-diaphragmatique. La plèvre pariétale était doublée d'une membrane fibroïde non vasculaire tapissée de fongosités ; sur la paroi interne, une fausse membrane semblable existait. Après avoir mis à nu cette dernière par le curage et des frottements, il fut impossible à M. Delorme d'établir le siège du poumon, du péricarde et du cœur, tant la membrane était uniforme.

Le chirurgien se porta en arrière à un travers de doigt de la section musculo-costale antérieure et incisa linéairement sur le lobe supérieur, puis il ébarba la membrane couche par couche avec des ciseaux. A un bon centimètre de profondeur, il aperçut le poumon sain. De quelques coups de sonde cannelée remplacée sur le champ par l'index, il dégagea la membrane. A un léger effort de toux du malade, le poumon fit brusquement hernie. Deux, puis trois, puis quatre doigts, puis toute la main saisissant la face profonde de la coque pulmonaire friable, déprimant le poumon sans le moindre trouble respiratoire, dégagèrent la surface du lobe supérieur. Quand M. Delorme retira sa main, le poumon, après quelques légères quintes de toux, se déplissa brusquement et fit hernie, dépassant de beaucoup le niveau de la paroi thoracique. Il fallut le faire contenir pour pouvoir continuer l'opération.

Le dégagement du poumon dans la rainure interlobaire et sur le lobe inférieur se fit

ainsi facilement et M. Delorme ne craignit pas de séparer le poumon de sa coque en l'exprimant comme une éponge. La fausse membrane pulmonaire fut ébarbée en avant, la paroi pleuro-costale curée et la cavité nettoyée avec des compresses humides sublimées.

Puis le volet fut rabattu avec ligature des intercostales, les surfaces correspondantes des côtes furent opposées et maintenues par des anses de fil de soie traversant la paroi un peu au-dessus de chaque côte et à peu près à 2 centimètres de la section pariétale. Suture de la peau, drain court, pansement antiseptique. L'opération dura une heure et demie. La percussion du volet thoracique après l'opération donna de la sonorité et l'oreille put percevoir à son niveau le murmure vésiculaire. Actuellement, le malade va aussi bien que possible.

Voici les conclusions de M. Delorme :

1° Il est possible et facile de libérer tout un poumon de la fausse membrane qui l'entoure, alors même que l'opération est faite longtemps après le début de l'empyème;

2° Cette méthode est applicable non seulement à droite, mais aussi à gauche; elle est de ce côté sans danger, à condition de libérer d'abord le poumon aussi en arrière que possible;

3° Cette méthode est plus rationnelle et plus conservatrice que celle d'Estlander, et elle doit lui être tout d'abord préférée. En cas de réussite, elle amène l'oblitération de la cavité, en permettant au poumon de reprendre sa place et son fonctionnement. En cas d'insuffisance, le volet thoracique, privé ou non de ses côtes, peut mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement privée de ses côtes et peu dépressible que laisse l'opération d'Estlander.

— Au cours de la séance M. Landouzy a été élu membre de l'Académie par 66 voix; M. Fernet a eu 3 voix, M. Rendu 2, et M. Troisier 1. Il y avait dans l'urne 3 bulletins blancs.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 18 janvier 1894. — Présidence de M. Besnier

Tumeur lymphoïde de la conjonctive

M. Ducastel présente un malade porteur d'une tumeur lymphoïde de la conjonctive. Ce malade est à la fois leucocythémique et lymphadénique. La tumeur de l'œil a débuté il y six semaines, elle est indolente, rosée, d'apparence légèrement transparente et actuellement occupe la largeur de la conjonctive de la paupière inférieure gauche. Quand le malade ferme l'œil, elle fait saillie entre les deux paupières.

M. Galezowski fait remarquer que la tumeur siège dans le tissu sous-conjonctival.

Ulcération tabétique de la bouche

M. Wickam décrit des ulcérations spéciales qui peuvent se montrer dans la bouche des tabétiques. Elles siègent toujours au voisinage des alvéoles et les touchent par un point quelconque. L'ulcère est atone et ne présente pas de phénomènes inflammatoires; il est anesthésique et parfaitement indolore. Presque toujours le stylet conduit par une perforation sur l'os dénudé et toujours, dans les commémoratifs, on trouve qu'il y a eu des abcès, des éliminations de séquestres, que les dents sont tombées avant le début de l'ulcération.

M. Fournier donnerait volontiers à ces ulcères le nom de mal perforant buccal.

Glossite exfoliatrice marginée

M. Gastou a observé deux cas de glossite exfoliatrice marginée chez des enfants hérédo-syphilitiques. Une des observations est très intéressante, car la mère est elle-même hérédo-syphilitique de souche maternelle probablement. Cette femme n'a pu

élever qu'un seul enfant : deux sont morts de méningite à 6 mois et 18 mois et elle a eu trois fausses couches. On pourrait rapprocher la glossite exfoliatrice marginée du groupe des affections para-syphilitiques ; elle n'est pas modifiée par le traitement spécifique.

Pour M. Besnier la glossite exfoliatrice marginée ne doit pas être qualifiée d'affection para-syphilitique, car tout enfant peut en être atteint.

M. Fournier fait remarquer qu'affection para-syphilitique ne signifie pas affection toujours en rapport avec la syphilis. Ce qui est certain, c'est que la glossite exfoliatrice marginée se voit souvent chez les enfants hérédo-syphilitiques.

Le prurigo simple et sa série morbide

M. E. Brocq étudie, avec des observations à l'appui, la dermatose à laquelle E. Vidal a donné le nom de lichen simple et aigu. Le mode de début de l'affection est d'ordinaire assez subit ; l'état général est presque toujours bon. Parfois l'éruption semble commencer par des éléments d'urticaire, ou tout au moins les papules caractéristiques semblent se former sur une base urticarienne. Les premières régions atteintes sont d'ordinaire les membres supérieurs, et en particulier la face externe des avant-bras autour des coudes, plus rarement le cou, les membres inférieurs ; parfois la dermatose semble envahir simultanément les divers lieux d'élection qui sont la face externe des membres, les genoux et les coudes, la face dorsale des mains et des doigts, puis le cou, les fesses, les régions antérieures et postérieures du tronc, la face dorsale des pieds, enfin le visage.

La lésion élémentaire caractéristique est une petite papule rosée ou d'un rouge plus ou moins vif, ayant les dimensions moyennes d'une grosse tête d'épingle, souvent surmontée d'un soupçon de vésicule, rarement d'une vésicule nettement formée. A mesure qu'elle évolue, elle se recouvre à son centre d'une sorte de croûtelle adhérente provenant de l'évolution et de la dessiccation de la papule vésicule. Çà et là se voient les éléments excoriés avec croûtelle noirâtre centrale consécutive au grattage. Les papules aboutissent à la résolution complète au bout de 8 à 10 jours ; elles disparaissent sans laisser la moindre trace de leur existence, ou bien en laissant des pigmentations plus ou moins passagères, parfois des cicatrices blanchâtres superficielles.

Les éléments éruptifs sont toujours disséminés, distincts les uns des autres, ils ne donnent jamais lieu ni à l'eczématisation ni à la lichénification vraie. L'affection est éminemment prurigineuse ; le plus souvent il se produit des exacerbations paroxystiques le soir et pendant la nuit.

Elle évolue par poussées successives, peu à peu ces poussées deviennent moins intenses et finissent par cesser ; il y a parfois des périodes passagères d'accalmie, puis des recrudescences.

La durée totale de la maladie varie de deux semaines à deux mois environ. Les récidives semblent être assez fréquentes : elles se reproduisent dans quelques cas d'une manière assez régulière à certaines saisons, surtout pendant l'été et quand ceux qui y sont prédisposés sont soumis à l'influence des hautes températures.

Cette affection s'obverve chez l'adulte et chez l'enfant en bas âge : chez l'adulte on l'étiquette urticaire, prurigo atypique, eczéma papuleux, summer prurigo, etc. ; chez l'enfant on l'appelle strophulus avec diverses épithètes et urticaire infantile.

M. Brocq ne croit pas pouvoir lui laisser le nom de lichen simplex aigu : 1° parce que la grande majorité des dermatologistes veut réserver le nom de lichen au seul lichen et à ses variétés ; 2° parce qu'il n'y a pas de lien étroit à établir entre ce lichen simplex aigu d'E. Vidal et le lichen simplex chronique du même auteur ; il en résulte que les formes chroniques répondant au type lichen simplex aigu ne sont nullement le lichen simplex chronique. Or, comme la dermatose qu'a étudiée M. Brocq a de réelles affi-

nités avec le prurigo de Hebra, grâce à sa lésion élémentaire, il lui donne le nom de prurigo simplex Acutus, indiquant par là son caractère distinctif d'avec le prurigo de Hebra, c'est-à-dire l'absence constante de lichénification vraie et d'eczématisation.

Prenant le prurigo simplex acutus pour point de départ, M. Brocq trouve en analysant les faits cliniques, toute une série de faits de passage s'étendant entre ce prurigo simplex acutus et des types dont les allures rebelles chroniques récidivantes rappellent la physionomie du prurigo vrai de Hébra, tout en en différant toujours par l'absence d'écrématisation et de lichénification vraie. Dans cette série, on doit distinguer : des faits à allure prolongées durant plusieurs mois, dignes du nom de prurigo simplex subacutus; des faits à allures vraiment chroniques et rebelles dignes du nom de prurigo simplex chronicus recidivus.

Parmi ces derniers, il y en a qui dans leur ensemble présentent la physionomie générale des cas atypiques; il y en a d'autres qui en diffèrent par leurs localisations un peu insolites, par leur recrudescence en hiver : ce sont des faits dignes du nom de prurigo simplex chronicus à forme atypique.

Trois points de l'histoire micrographique des trichophytons

M. R. Sabouraud, en étudiant la bibliographie du trichophyton, s'est aperçu que la différenciation microscopique des trois types trichophytiques, différenciation dont il a entretenu la Société de dermatologie à diverses reprises, avait été faite il y a cinquante ans déjà.

Il doit avant tout autre, rendre justice au premier observateur qui a droit à sa découverte. Ses travaux sont partout cités et ne sont jamais lus.

I. — En 1842, M. Gruby a décrit, dans un mémoire à l'Académie des sciences, le parasite des trichophyties de la barbe, celui que nous savons maintenant avoir une origine animale. Et il lui a donné très précisément les caractères que M. Sabouraud lui a attribués, à savoir *sa localisation entre le poil et sa gaine folliculaire.*

II. — Le second mémoire de M. Gruby (1843) a pour titre : Recherches sur la nature du *porrigo decalvans*, c'est la description du parasite que M. Sabouraud a appelé *trichophyton microsporon* et qu'il faut appeler désormais : trichophyton *microsporon audouïni*, ses caractères spéciaux, la petitesse de ses spores, leur juxtaposition sans ordre régulier, la gaine qu'elles constituent autour du cheveu malade, la progression du parasite de haut en bas, y sont décrits avec une admirable précision, à ce point que ce texte a corrigé plusieurs erreurs que M. Sabouraud avait faites dans l'observation de ce parasite.

Malheureusement ce mémoire fait par un micrographe qui n'était pas dermatologiste portait le nom de *Porrigo decalvans*, réservé jusque là à la *Pelade*.

C'est ce mémoire dont on répète depuis cinquante ans qu'il décrit *dans la Pelade* un parasite cryptogamique introuvable depuis lors.

III. Le troisième mémoire de M. Gruby (1844) décrit le parasite qui a été nommé par M. Sabouraud le *Trichophyton megalosporon*. Il décrit ses spores grosses, « articulées en chapelet » contenues dans l'intérieur du cheveu, ayant une direction ascendante, l'inverse de celle du microsporon andouïni... etc...

Et ce dernier mémoire résume en quelques lignes admirablement brèves et précises, les caractères des trois parasites trichophytiques que la culture a permis de différencier.

La séparation des trois trichophytons.

2. Mégalosporon endothrix (origine humaine.)

2. Mégalosporon ectothrix (origine animale.)

2. Microsporon audouïni (tondantes rebelles de l'enfant).

Doit donc être reportée à son premier auteur.

La vérification que M. Sabouraud en a apporté sans le savoir, l'identité des résultats de ce premier observateur et des siens semblent consacrer définitivement cette séparation de la trichophytie en trois entités morbides distinctes.

Dermatite herpétiforme

MM. H. Hallopeau et L. Brodier présentent un malade atteint de dermatite herpétiforme végétante, ils tirent de son histoire les conclusions suivantes :

1° La plupart des éruptions bulleuses peuvent amener le développement de saillies végétantes ;

2° Le processus auquel est dû la production de la bulle amène plus souvent que l'inflammation vésiculeuse la prolifération du corps papillaire, dans la dermatite herpétiforme, les saillies végétant peuvent être généralisées ; elles prédominent dans le voisinage des plis articulaires ;

4° Elles n'ont qu'une durée passagère et disparaissent au bout de quelques semaines sans laisser d'autres traces que des macules ;

5° Les bulles qui leur donnent naissance se produisent par poussées généralisées et non par auto-inoculations ; le traitement local est sans action sur elles et ne peut en aucune mesure en enrayer la propagation ; elles diffèrent ainsi essentiellement des vésicos-pustules par lesquelles progresse la maladie décrite par l'un des auteurs sous le nom de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique ;

6° Il faut compter parmi les manifestations prodromiques des poussées de dermatite herpétiforme, la céphalalgie, la dyspnée, la diarrhée, l'hypéresthésie, les douleurs dans les membres et les secousses convulsives ;

7° Il est probable que ces symptômes sont dus à l'altération du sang par les toxines qui vont ultérieurement irriter le tégument externe et sans doute s'éliminer par sa surface.

Malgré des poussées incessamment renouvelées sur toute la surface du corps avec hyperthermie initiale, l'état général peut rester relativement satisfaisant.

— M. Delobel (de Noyon) communique l'observation d'une femmeatteinte d'un ulcère chronique syphilitique de l'avant-bras, qui, lorsque la malade fut soumise au traitement spécifique, datait de 5 ans ; la guérison fut obtenue en 3 semaines

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de pathologie interne

par G. Dieulafoy. — Paris, G. Masson, 1894.

Cette nouvelle édition d'un livre depuis longtemps classique est devenue un véritable traité de pathologie médicale, car M. Dieulafoye a dù, pour maintenir son ouvrage au courant de la science, l'augmenter d'un volume.

Il était difficile de changer des descriptions cliniques déjà si proches de la perfection et c'est surtout la partie étiologique qui a été développée. Toutes les importantes découvertes de la bactériologie ont été mentionnées et le maître a su, avec une juste critique mettre en évidence les faits démontrés et laisser un peu dans l'ombre ceux qui, en si grand nombre encore, doivent être regardés comme douteux.

La partie thérapeutique est loin d'être sacrifiée comme c'est trop souvent le cas dans des ouvrages de ce genre ; l'étude de la thoracentèse, celle de l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde renferment les plus judicieux conseils.

Du reste, il est bien peu de médecins ou d'étudiants qui, depuis dix ans n'aient, pas eu entre les mains une des éditions du *Manuel de pathologie* et M. le professeur Dieulafoy a trouvé dans le succès rapide et continu de son livre, la plus belle récompense de son grand labeur.

OUTRAGES A LA PUDEUR, VIOLENCES SUR LES ORGANES SEXUELS DE LA FEMME DANS LE SOMNAMBULISME PROVOQUÉ ET LA FASCINATION,

étude médico-légale, par le docteur [MESNET. Paris, Rueff et Cie, 1894,

Dans son étude médico-légale sur les attentats aux mœurs, Tardieu se demandait si une femme peut être déflorée ou violée sans le savoir. Il admettait la réalité du fait dans le sommeil, le narcotisme, l'idiotisme, l'imbécillité, la folie, la surdi-mutité, mais faisait des réserves sur sa possibilité dans l'hypnotisme.

M. Mesnet prouve que la femme peut être, malgré la résistance imparfaite de sa volonté, soumise à la volonté plus forte d'un hypnotiseur et que si, en même temps, il y a perte de la sensibilité des organes génitaux, le viol devient possible ; la femme ignorera la violence qui lui a été faite si elle n'est pas remise de nouveau en état d'hypnotisme. La mémoire est, en effet, nulle en condition première, vive et précise en condition deuxième.

La perte de la sensibilité des organes génitaux se produit dès que l'acte hypnotique intervient, de même que l'anesthésie, l'analgésie, qui n'étaient que partielles se généralisent sauf cependant dans quelques zones hyperesthésiées qui peuvent exister en certains points. Cette perte de sensibilité a permis à M. Mesnet de faire des examens au spéculum, des injections, des tamponnements sans provoquer la moindre sensation. Du reste, il est possible, par la suggestion, d'anesthésier les parties profondes de l'appareil génital et c'est ainsi qu'une malade peut accoucher dans le somnambulisme provoqué, en ne souffrant qu'à la fin de la parturition. C'est ainsi que deux malades, dont M. Mesnet raconte l'histoire en détail, ont certainement été violées pendant le somnambulisme. L'accouchement peut du reste se faire complètement à l'insu de la parturiente qui, réveillée, n'en conserve aucun souvenir par suite de ce dédoublement si particulier de la mémoire sur lequel M. Mesnet insiste dans la première partie de son ouvrage.

Tous ces faits, ainsi que ceux qui se rapportent à la fascination et que M. Mesnet étudie aussi en détail, ont une extrême importance médico-légale. Si, dans le somnambulisme spontané, le viol est impossible, il est au contraire facile dans le somnambulisme provoqué, le principe d'action du somnambule provoqué étant en dehors de lui, dans la personne de l'hypnotiseur,

On ne saurait trop féliciter M. Mesnet d'avoir montré, avec sa haute autorité, « que la volonté de l'hypnotisé est plus apparente que réelle ; qu'elle n'est qu'une volonté feinte, incapable de se maintenir en face d'un expérimentateur qui sait vouloir et commander » et que l'hypnotiseur doit être « passible d'une double pénalité au double titre : 1° Des actes qu'il aura conçus et dont il aura dirigé l'exécution ; 2° des violences morales exercées par lui sur le somnambule, pour vaincre ses résistances et l'avoir ainsi sous sa domination ».

COURRIER

HÔPITAUX DE REIMS. — Par suite de la retraite de M. Strapart, M. Hache est nommé médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu et M. Lelièvre lui succède à l'Hôpital général.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Les concours de prosectorat et d'adjuvat se sont terminés par la nomination de M. Parmentier, prosecteur, et de M. Gentin, aide d'anatomie.

École de médecine de Grenoble. — Le concours, pour une place de chef des travaux anatomiques, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Perriol, chirurgien des hôpitaux.

École de médecine de Limoges. — Sont proclamés lauréats :

Première année. — Premier prix : M. René Tardif-Bardinet. — Deuxième prix : M. Paul Ribierre. — Mention : M. Paul Berger.

Exercices pratiques. — Premier prix : M. Ribierre. — Deuxième prix : M. Tardif-Bardinet. — Mention : M. Heldt.

Deuxième année. — *Exercices pratiques.* — Prix : M. Lelong. — Mention : M. Léon Pécharmant.

Troisième année. — *Observations cliniques.* — Médaille d'argent : M. Maurice Lissac.

Hôpital d'Epernay. — M. Couillaud est nommé médecin; M. Cellot, médecin-suppléant ; M. Verron, chirurgien, et M. Évrard, chirurgien-suppléant.

Hôpital de Limoges. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Ribierre, Bourdicaud-Dumay, Judet de Lacombe et Roume.

Suppléants : MM. Nadaud, Chassaing et Faure.

Un propriétaire peut-il louer a deux médecins dans la même maison. — « Il est de vulgaire convenance, dit le Syndicat des médecins de la Seine, qu'aucun médecin ne loue dans une maison habitée par un confrère, sans avoir, au préalable, obtenu de celui-ci son assentiment formel. »

Tout le monde sera de cet avis. Mais, en ce qui concerne la question juridique, le médecin qui loue dans une maison habitée par un confrère est dans son droit.

Donc, lorsque vous signerez un bail, n'oubliez jamais d'y faire insérer une clause interdisant au propriétaire de louer à un autre médecin.

— M. le médecin en chef Rouvier, membre du conseil supérieur de santé de la marine, a été désigné pour prendre part, comme délégué de la marine, au XIe Congrès médical international qui doit se réunir à Rome, du 29 mars au 5 avril prochain.

— La place, devenue vacante à Saint-Louis par la mort de M. Quinquaud, ne sera pas donnée cette année. M. le directeur de l'assistance publique a déclaré au conseil de surveillance qu'il se réservait d'étudier s'il n'y aurait pas lieu d'instituer un concours spécial pour les médecins s'occupant des maladies de la peau. Encore un retard pour le premier médecin du bureau central à placer !

— Le nom du docteur Lallier, mort récemment, sera donné à l'Ecole des teigneux dont il a été le principal fondateur à l'hôpital Saint-Louis.

Réorganisation du conseil supérieur de l'assistance publique. — Le ministre de l'intérieur vient de faire signer au président de la République un décret réorganisant le conseil supérieur de l'assistance publique. Voici ce décret :

Art. 1er. — Le conseil supérieur de l'assistance publique est composé de soixante membres, savoir : quatorze membres de droit et quarante-six membres nommés par décret.

Sont membres de droit du conseil :

1° Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

2° Le directeur de l'administration départementale et communale ;

3° Le directeur de l'administration pénitentiaire ;

4° Le directeur du service de santé au ministère de la guerre ;

5° Le directeur du service de santé au ministère de la marine ;

6° Le président du comité consultant d'hygiène publique de France ,

7° Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ;

8° Les inspecteurs généraux de l'assistance publique;

9° Le directeur de l'assistance publique de Paris;

10° Le directeur du Mont-de-Piété de Paris.

Les membres nommés par décret comprennent six sénateurs, douze députés, vingt-huit personnes désignées soit par les fonctions administratives ou électives qu'elles remplissent, soit par leur compétence spéciale.

Art. 2. — La partie du conseil composée de membres nommés par décret est renouvelée par moitié tous les deux ans. Les membres sortants peuvent être l'objet d'une nouvelle nomination.

Tout membre nommé en remplacement d'un autre ne demeure en fonctions que pendant la durée du mandat confié à son prédécesseur.

Les membres du Parlement ne sont nommés que pour la durée de la législature pendant laquelle ils ont été investis.

Les membres nommés par décret cessent de faire partie du conseil lorsqu'ils perdent la qualité en raison de laquelle ils ont été désignés.

Un membre nommé par décret, qui, sans excuse ou sans motif légitime, aurait manqué à trois convocations successives, peut être déclaré démissionnaire par le ministre de l'intérieur.

Art. 3. — Les séries sortantes sont désignées par la voie du tirage au sort dans les formes et les conditions déterminées par le ministre de l'intérieur.

Art. 4. — Le conseil supérieur de l'assistance publique tient chaque année deux sessions ordinaires dont la date est fixée par le ministre de l'intérieur.

Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu sur la convocation du ministre de l'intérieur.

Art. 5. — Le ministre de l'intérieur est président d'honneur du conseil supérieur de l'assistance publique.

Le conseil élit dans son sein un président et deux vice-présidents.

Le ministre de l'intérieur nomme le secrétaire général, qui peut être choisi en dehors des membres du conseil.

Art. 6. — Les conditions de fonctionnement du conseil supérieur de l'assistance publique non prévues par le présent décret sont réglées par le ministre de l'intérieur.

Un décret du même jour convoque le conseil supérieur de l'assistance publique en session ordinaire pour le 31 janvier 1894.

Corps de santé de la marine. — *Tableaux d'avancement de* 1894. — Ont été proposés :

1° Pour le grade de médecin en chef. Les médecins principaux : MM. 1. Fontorbe ; 2. Danguy ; 3. Jacquemin ; 4. Dhoste.

2° Pour le grade de médecin principal. Les médecins de 1re classe : MM. 1. Grisolle ; 2. Duval ; 3. Ludger ; 4. Pfihl.

3° Pour le grade de médecin de 1re classe. Les médecins de 2e classe : MM. 1. Galbruner ; 2. Labadens ; 3. Fossard ; 4. Reboul ; 5. Santelli.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Le traitement des pleurésies chez l'enfant

Par P. Le Gendre, médecin des hôpitaux et A. Broca, chirurgien des hôpitaux (1).

Au-dessous de deux ans, la pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement est exceptionnelle. On entend assez souvent des frottements de pleurésie sèche au cours des broncho-pneumonies tuberculeuses ou liées à d'autres infections; la seule indication en pareil cas est l'application de révulsifs comme les ventouses sèches, les badigeonnages iodés, un assez large morceau de sparadrap de Vigo.

S'il arrive qu'on assiste à la production d'un épanchement pleural, pendant la période d'augmentation fébrile, on donnera une, deux ou trois fois un purgatif comme le calomel et la scammonée; on maintiendra l'enfant exclusivement au lait additionné d'eau de Vittel ou de Contrexéville; on appliquera les cataplasmes sinapisés, les ventouses sèches. Lorsque l'épanchement sera stationnaire, on mettra un ou deux petits vésicatoires volants de six centimètres de diamètre. A la fin on pourra appliquer les bandelettes d'emplâtre de Vigo et faire un peu de massage du thorax. L'enfant doit être maintenu au lit jusqu'à la résorption complète de l'épanchement.

On n'aura qu'exceptionnellement à pratiquer la thoracenthèse. Cependant, celle-ci est indispensable en cas d'*épanchement purulent*. Or, le seul moyen que nous ayons de connaître la nature d'un épanchement est de pratiquer une *ponction exploratrice*; les signes de présomption, l'amai-

(1) Extrait d'un *Traité de Thérapeutique infantile médico-chirurgical*, par MM. P. Le Gendre et A. Broca qui paraîtra incessamment à la librairie G. Steinheil.

FEUILLETON

La nouvelle manière de dormir

A l'Exposition de 1889, je me suis, comme tant d'autres, arrêté avec le plus curieux intérêt devant les machines à écrire que de jeunes Américaines, tout à fait avenantes, faisaient fonctionner devant le public. C'était merveille de voir leurs jolis doigts roses voltiger sur les touches de ces claviers silencieux et distribuer aux flâneurs les petites feuilles où, avec une vélocité prodigieuse, elles imprimaient de courtes phrases. Leurs langues n'étaient guère moins oisives que leurs doigts. Lorsqu'on approchait du coin où ces bizarres machines étaient installées, on entendait comme un clair murmure de voix qui dominait le brouhaha bourdonnant de la foule. A mesure qu'on avançait, ce murmure se précisait, s'analysait en sonorités cristallines, puis en syllabes entremêlées, qu'une accentuation étrangère scandait nettement, chantait presque. Encore quelques pas et, de cette singulière psalmodie, toujours la même mille fois répétée, fugue interminable sans cesse recommencée ici pendant qu'elle se continuait là et qu'elle s'achevait plus loin, se détachait une formule d'un américanisme non moins authentique que l'in-

grissement, la fièvre, sont trompeurs ; l'auscultation l'est aussi : des râles pulmonaires peuvent simuler des frottements pleuraux et induire faussement à admettre que l'épanchement a diminué (Sevestre); la percussion a beaucoup plus de valeur. La diminution du poids, alors même que l'épanchement paraît être séreux, est une indication à pratiquer la *thoracentèse*. Même chez l'enfant du premier âge, si un épanchement purulent se reproduit après la ponction, surtout si l'état général est mauvais, il faut pratiquer la thoracotomie (voyez ce mot).

Dans la SECONDE ENFANCE, si le début de la pleurésie s'accompagne d'un point de côté très douloureux, on appliquera au niveau de celui-ci une ou deux sangsues ou deux à quatre ventouses scarifiées ; on procurera une immobilité relative au thorax par une couche d'ouate recouverte d'un bandage de corps assez serré. On donnera un ou deux purgatifs et, outre le régime lacté, une tisane diurétique (chiendent, queues de cerises), dans laquelle on fera dissoudre du nitrate ou de l'acétate de potasse (1 à 3 grammes); s'il y a en même temps des signes de congestion pulmonaire, on fera plusieurs applications de ventouses sèches et on donnera un vomitif (ipéca).

Chez un adolescent vigoureux, on pourra tirer parti de la potion au tartre stibié : 15 à 20 centigrammes dans un julep gommeux de 150 grammes, donnée par cuillerées à dessert de deux en deux heures.

Au-dessous de cinq ans, il est exceptionnel que l'on soit obligé à faire une thoracentèse d'urgence à cause de l'abondance excessive de l'épanchement; l'élasticité des arcs costaux, l'énergie contractile du cœur, la rareté de la syncope sont des apanages du jeune âge qui écartent la crainte de mort subite. Mais, si, deux jours après que la fièvre est tombée, l'épanchement ne commence pas à décroître, il y a lieu de procéder à la THORACENTÈSE.

On commencera toujours par s'assurer de la présence du liquide par une ponction avec la seringue de Pravaz, qu'on aura fait bouillir et dont on aura flambé l'aiguille, la peau du thorax ayant été savonnée, lavée à l'éther

---

vention elle-même : « La vie est trop courte pour écrire à l'ancienne manière. » L'imperturbable sérieux avec lequel les jeunes *misses* blondes jetaient aux échos de la vaste salle en fête, au milieu des sourires et de la gaieté des promeneurs, leur sentence presque lugubre était d'une irrésistible drôlerie. La nouvelle manière d'écrire a fait, sans doute, depuis cette époque, de grands progrès. Pour moi (et je crois que nous sommes encore, à cet égard, un certain nombre de retardataires endurcis), je m'en tiens encore à l'ancienne. J'avoue donc que je n'ai pas été très impressionné par l'apparition du nouveau procédé.

Je l'ai été incomparablement davantage, ces jours-ci, en découvrant qu'on avait inventé une nouvelle manière de dormir.

Si singulier que cela paraisse, c'est pourtant vrai. L'inventeur est M. Wilhem Fischer, à qui une série de recherches ont démontré que, depuis qu'elle existe, l'humanité a toujours mal dormi. Oui, cher confrère qui me lisez, voilà où vous en êtes, quoi que vous en ayez. Vous dormez mal, déplorablement mal. Oh ! je vous entends bien ! Vous avez un estomac d'autruche et vos digestions sont de velours. Vous avez une activité physique et intellectuelle qui ne laisse aucune ressource à l'Insomnie. Vous marchez comme un montagnard, vous faites du bicycle comme Terront, ou du cheval comme

et au sublimé (1 p. 1000). Si le résultat de cette ponction exploratrice est positif, on procède immédiatement à la ponction avec l'aspirateur de Potain ou Dieulafoy, après avoir flambé le trocart ou l'aiguille. On retirera, suivant la hauteur de l'épanchement et l'âge de l'enfant, 250 à 500 grammes ; on ne videra pas complétement la plèvre ; mieux vaut réitérer la ponction, si le reste du liquide tarde trop à se résorber ou s'il se reproduit.

La conduite à tenir est toute différente en cas de **pleurésie purulente.** Celle-ci nécessite le plus promptement possible l'évacuation complète du pus. Le diagnostic est posé par la ponction exploratrice, qui donne l'occasion de pratiquer l'examen bactériologique.

La purulence avérée, quand faut-il se contenter de la ponction évacuatrice unique ou réitérée? Quand faut-il faire la thoracotomie ?

On a invoqué, pour se décider, l'âge de l'enfant, la cause de la pleurésie, la bactériologie, l'ancienneté de l'épanchement. Ce sont les pleurésies métapneumoniques qui guérissent le mieux, et par conséquent ce sont elles qui sont surtout justiciables des ponctions, mais la règle n'est pas absolue. Il n'est pas exact non plus que l'enfant guérisse d'autant mieux qu'il est plus jeune, et il ne faut pas conclure rigoureusement de la présence du pneumocoque seul à la guérison plus facile.

M. Cadet de Gassicourt se base surtout sur la date de l'épanchement ; il conseille de poser le plus tôt possible par les ponctions exploratrices le diagnostic de la purulence, mais ne traite par les ponctions aspiratrices que les empyèmes datant de moins de six semaines.

Cinq jours après avoir évacué complètement le pus, M. Cadet fait une nouvelle ponction exploratrice, et, s'il y a de nouveau du pus, l'évacue ; si la quantité évacuée est moindre d'un tiers, on peut espérer qu'une troisième ponction amènera la guérison : celle-ci est faite cinq jours plus tard et reste souvent blanche. Dans ce cas le traitement n'a duré que 15 jours. Mais, si la seconde ou la troisième ponction amène une quantité de pus égale ou très peu inférieure à la précédente, l'indication de la thoracotomie s'impose. Celle-ci est suivie d'un seul lavage immédiat avec le sublimé à

Cody. Quand vous déposez, le soir, le fardeau de vos occupations et de vos préoccupations quotidiennes, vous ne connaissez rien qui soit capable d'interrompre le sommeil puissant que vous menez d'une seule traite pendant sept ou huit heures — à moins, toutefois, qu'une parturiente mal intentionnée, comme il y en a tant, ne s'avise de vous convoquer la nuit à quelque fine partie d'obstétrique. N'importe, j'en suis pour ce que j'ai dit ; vous dormez abominablement mal et je vais vous le prouver, Fischer en main.

Voici d'abord, au chevet de votre lit, tout un amoncellement de choses condamnables au premier chef. Je compte un traversin, un oreiller, deux oreillers ; le tout bien rebondi, bien garni de chaude et moelleuse plume. Quelle faute !

Ce n'est point de la plume, dites vous ? c'est du crin végétal, plus résistant, moins chaud, moins congestionnant ? Que fait cela ? Il n'est point question de chaleur ici, ni de mollesse. C'est une simple affaire de niveau. Vous dormez la tête beaucoup trop haute. Deux oreillers, grands dieux ! N'en eussiez-vous qu'un, cher ami, ce serait encore beaucoup trop. Hâtez-vous de vous en défaire et contentez-vous de reposer votre chef sur le seul traversin.

Y êtes-vous arrivé ? avez-vous eu l'énergie d'accomplir cette réforme ? N'allez pas

1/3000; on introduit deux drains et on fait des pansements rares (quand l'ouate et les bandes sont salies par le pus). La guérison se produit entre 20 et 40 jours.

En résumé, quel que soit l'âge du sujet, on arrive de plus en plus à faire rapidement la thoracotomie, pour toute pleurésie purulente. Qu'on ne rejette pas radicalement la ponction évacuatrice, dont on ne saurait nier l'efficacité possible en cas de pleurésie purulente à pneumocoques, nous le voulons bien, mais qu'on ne la répète pas à plusieurs reprises; l'incision franche est absolument bénigne, si elle est faite antiseptiquement, et donne la guérison avec autant de rapidité et de sécurité. Mais nous nous déclarons absolument opposés à la pratique qui consiste à compter sur la vomique. Il est incontestable que cette évacuation spontanée procure quelquefois la guérison, mais le plus souvent elle sera insuffisante, et, que la pleurésie soit externe, diaphragmatique ou interlobaire, nous conseillons formellement : 1° de ne pas laisser à la vomique le temps de se produire; 2° si l'on est consulté lorsqu'elle a déjà eu lieu, de ne pas différer l'incision et le drainage large du foyer.

Si la pleurésie purulente est opérée de bonne heure largement et antiseptiquement, elle guérit presque toujours, à moins qu'elle ne soit tuberculeuse, en trois à six semaines.

C'est lorsqu'on a trop attendu, lorsqu'on a laissé aux fausses membranes le temps de s'organiser et de brider le poumon, qu'on observe des fistules pleurales persistantes, malgré la souplesse de la paroi costale chez l'enfant. Le traitement de ces fistules par les lavages est impuissant, et lorsque, au bout de quelques mois, on a acquis la conviction que l'expansion pulmonaire ne peut plus aller plus loin, on aura recours aux résections costales suivant la méthode de Letiévant-Estlander ou ses dérivés, pour permettre à la paroi thoracique assouplie d'aller à la rencontre du poumon, qu'entoure une coque rigide. Voici ce que sont, dans leur ensemble, ces procédés de *thoracoplastie*.

Dans l'opération typique d'Estlander, on détermine exactement par le

---

croire que vous avez atteint la perfection. Si vous saviez comme vous en êtes loin encore ! Je vous en supplie, ne vous arrêtez pas à mi-chemin. En pareille matière, il n'y a, paraît-il, aucun excès à craindre ; jamais le mieux ne s'y montre ennemi du bien. Courage, donc ; enlevez aussi ce traversin. Couchez-vous bien à plat, sur le plus horizontal des matelas. C'est une habitude, dit-on, beaucoup plus facile à prendre qu'on ne se l'imaginerait avant d'avoir tenté l'essai de la méthode. Quelques jours au plus vous en auront fait une seconde nature. Vous serez, d'ailleurs, récompensé de vos efforts si largement, que vous n'hésiterez plus à compléter l'expérience et à mettre en pratique jusqu'au bout les règles formulées par M. Fischer.

Je comprends le haut-le-corps que vous a fait faire le mot « compléter ». Vous avez cru peut-être avoir mal entendu. Mais point ; j'ai bien dit : compléter l'expérience. Vous n'en avez réalisé jusqu'à présent que la première partie.

Reprenez-moi maintenant cet oreiller qu'au nom de la saine physiologie et de l'hygiène supérieure vous vous étiez décidé, sur le conseil de Fischer et sur ma demande, à ne plus garder sous vos épaules. Reprenez-le et le déposez au pied de votre couche. — Oh ! pas ainsi, honoré confrère ! Il ne s'agit point de vous tenir les pieds chauds. Le large coussin de plumes d'eider qui se ballonne sur votre lit remplit plus sûrement et

cathétérisme quelles sont la situation et les dimensions de la poche où conduit la fistule et on résèque, chacune par une incision spéciale, toutes les côtes qui la recouvrent, dans l'étendue où elles la recouvrent : puis on laisse à la rétraction cicatricielle progressive le temps d'agir. Les résections costales sont sous-périostées. On peut, tout en conservant le même principe, mettre à nu, en relevant un lambeau, toutes les côtes que l'on veut réséquer.

Un autre procédé consiste, après avoir réséqué les côtes, à fendre la plèvre pariétale, de façon à l'appliquer immédiatement sur la plèvre viscérale.

Quel que soit le procédé employé — et le choix dépendra pour beaucoup des lésions trouvées à mesure qu'on opère — le point important pour réussir est de ne pas méconnaître des clapiers plus ou moins étroits qui feraient persister la fistule. Très souvent, on ne réussit pas du premier coup à tarir la suppuration, et des interventions successives seront nécessaires. Chez l'enfant, on est surpris de la rapidité avec laquelle les côtes se régénèrent, sous formes de plaques osseuses plus ou moins irrégulières, qui peuvent être très gênantes à la seconde ou à la troisième opération.

On appelle *pleurotomie* ou *thoracotomie* l'opération qui a pour but d'ouvrir la plèvre.

On pratique dans un espace intercostal une incision parallèle aux côtes, en se portant vers la côte inférieure pour éviter l'artère. Certains auteurs conseillent de toujours réséquer immédiatement une ou deux côtes, ce qui n'est pas indispensable, mais ce qui n'a aucun inconvénient, et peut avoir quelques avantages pour faciliter le drainage. En présence d'une pleurésie généralisée, le lieu d'élection est le septième espace intercostal, en ligne axillaire. Si la pleurésie est enkystée, on incisera bien évidemment là où la ponction exploratrice aura révélé l'existence du pus.

Lorsque le pus a été évacué, beaucoup de médecins ont coutume de laver la plèvre avec une solution tiède et faiblement antiseptique. Cette pratique a quelques dangers (syncope, mort subite), et n'a à nos yeux aucun avan-

---

plus agréablement cet office. Ce n'est point par-dessus, c'est par-dessous le matelas qu'il vous faut l'insérer. Vous souriez ? Cette idée d'avoir les pieds à quelques centimètres au-dessus de la tête vous paraît extravagante ? Essayez dès ce soir et demain vous m'en donnerez des nouvelles. Vous n'attendrez plus, j'en suis persuadé, que je vous excite à superposer, à la même place, le second oreiller au premier. Vous le ferez de vous-même pour la seconde nuit et la seule chose que je craigne c'est que, dépassant, malgré tout, la mesure, vous n'en vouliez ensuite tant ajouter, qu'il me faille intervenir en sens de contraire pour vous rappeler à la modération et vous empêcher de vous ruiner en achats de coussins.

En prévision des remercîments que me vaudra la divulgation d'une si heureuse découverte, j'ai fait agrandir ma boîte aux lettres et pris un secrétaire pour pouvoir répondre aux innombrables correspondants qui vont m'écrire. L'idée de M. Wilhem Fischer est en effet d'une portée inouïe. Dans ma toute confraternelle amitié je n'ai songé d'abord qu'à vous-même, à votre bien-être, à votre confortable. Mais il y a bien autre chose que cela et je vais vous combler, véritablement. Dormir les jambes en l'air n'est pas seulement le meilleur moyen de conserver une santé de fer et de se ménager une longévité dont on avait perdu le secret depuis l'époque des patriarches (Mathusalem n'a peut-être

tage, pas plus d'ailleurs que pour les abcès chauds en général. Le lavage immédiat doit, à notre sens, être repoussé, et il faut s'en tenir au drainage avec deux gros drains, fixés de façon à ne pouvoir être perdus dans la plèvre (suture à la peau ; épingle de nourrice). C'est seulement plus tard, si la fièvre persiste, si le pus s'écoule mal et devient fétide, qu'on aura recours aux lavages, avec grands ménagements.

Le traitement de la pleurésie ne doit pas se borner à évacuer l'épanchement ou à attendre sa résorption. Il faut toujours s'inquiéter de *l'état du poumon sous-jacent* et de *l'état général du sujet*. La pleurésie séro-fibrineuse est, en effet, une manifestation de la tuberculose dans la très grande majorité des cas. S'il y a des signes de congestion du poumon au sommet, on insistera sur les révulsifs (sinapismes, iode, pointes de feu, petits vésicatoires successifs). On instituera, aussitôt que le permettront l'état des voies digestives et la chute de la fièvre, la suralimentation, et le traitement de la tuberculose (cure de montagnes, eaux sulfureuses ou arsénicales, créosote, huile de morue).

On combattra les effets de la *rétraction thoracique* par le massage, la faradisation des muscles respirateurs, puis l'aérothérapie (exercices méthodiques ayant pour effet de dilater le thorax); mais ces exercices devront toujours être gradués avec une lenteur prudente. Bien qu'exceptionnelle, la production possible d'un pneumothorax par la traction brusque d'une adhérence pleuro-pulmonaire impose des ménagements (voir GYMNASTIQUE).

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

C'est dans la réunion qui suit la séance annuelle que le nouveau président prend possession de son fauteuil. M. PERIER a donc remis mercredi dernier ses pouvoirs entre les mains de M. CHAMPIONNIÈRE.

Une courte allocution, chaleureusement applaudie par la savante compa-

pas dû à autre chose ses dix siècles d'existence), mais c'est aussi le remède à tous les maux ; c'est la panacée universelle qui va rendre inutile l'inextricable amas de produits aux noms barbares dont se compose notre arsenal thérapeutique ; c'est la guérison certaine, assurée et sans frais pour tous vos malades; c'est le salut de votre clientèle, c'est votre succès, c'est votre gloire !

Vous énumérerai-je les affections qu'améliore, que dis-je, que guérit l'habitude de dormir la tête en bas ? Prenez les traités les plus complets de médecine, de chirurgie, de gynécologie, parcourez-en les terrifiantes tables des matières, ajoutez toutes les affections des tissus à toutes celles des appareils, à toutes celles des organes, faites la somme de toutes les lésions traumatiques, de toutes les lésions vitales, de toutes les lésions microbiennes, réunissez tout cela en une vaste synthèse d'épouvante et d'horreur ; et devant cet amas de misères, de douleurs, d'infirmités, de souffrances, devant ce pandemonium à faire dresser les cheveux sur la tête, vous pouvez désormais, vous appropriant un mot célèbre, crier dans votre triomphe : « Pathologie, je me ris de toi ! »

Venez, maintenant, variqueux aux jambes jadis fines et nerveuses, mais aujourd'hui épaissies et couvertes de vos ulcères comme d'une lèpre ; venez, dilatés de l'estomac, entéroptosés de toutes sortes ; venez, goutteux très illustres et très impotents ; et vous

gnie, a montré quelle sympathie tous leurs collègues portaient à ces deux chirurgiens, que du reste une longue amitié unit l'un à l'autre. Se reportant aux anciens jours de luttes et se voyant aujourd'hui l'objet du choix de ses camarades, M. Championnière ne peut y constater que l'amour du progrès qui personnifie la jeune chirurgie française et immédiatement la société reprend ses travaux.

C'est tout d'abord, M. Monod qui, comme secrétaire général lit une communication de M. Piéchaud, membre correspondant de Bordeaux, sur un nouveau procédé qui consiste, dans les cas de hernie étranglée où i existe des parties escharrifiées dans l'intestin, à refouler les points sphacélés dans l'intérieur même de la cavité intestinale à l'aide d'un adossement de séreuse à séreuse pratiquée par des points de suture placés par-dessus et au-delà de l'escharre, cette manière de faire appartient à M. Martinet (de Sainte-Foix-la-Grande), et M. Piéchaud, à qui elle a donné un succès, peut en être considéré comme le parrain, l'ayant dans sa communication qualifiée sous le nom de *tout à l'égout*.

Suit une intéressante communication de M. Tuffier, sur la *néphrolithotomie* et sur l'*hémostase préventive dans les interventions sur les reins.* Cette section du rein est le traitement de choix de la lithiase rénale ; car il permet d'extirper les calculs les plus irréguliers et les plus gros sans sacrifier l'organe. C'est à propos d'un malade opéré dernièrement et avec succès que M. Tuffier prend la parole, et, à ce propos, il insiste sur la technique opératoire de cette intervention. L'hémostase joue ici un rôle capital. Elle doit être temporaire, préventive et définitive. Elle a pour but de supprimer tout pincement d'artères dans le rein, c'est-à-dire toute déchirure du tissu renal, de parer à tout danger d'hémorrhagie et consiste tout d'abord à comprimer le pédicule vasculaire pendant l'opération. Pour ce faire il faut bien libérer l'organe de façon à pouvoir arriver très facilement sur le hile et confier à un aide la compression digitale ou appliquer une pince sur le pédicule, ce qui constitue la compression instrumentale, cette dernière, comme la première du reste, est inoffensive quand on a

---

plus que tous les autres, doux et tristes phtisiques, éternels désolés, désespoir de l'humanité, venez voir le peu qui va rester de tant de chagrins et de tant de tourments.

Finis les tissus élastiques, les ceintures abdominales, les sangles ; fini le supplice de la soif ; finie l'abstinence, la dure abstinence pire que l'étreinte affreuse des arthrites ; finis les vésicatoires, les pointes de feu, les cautères, la créosote, le gaiacol et l'huile de foie de morue ; fini lui-même, « l'extractum Brown-Sequardianum », venu trop tard dans un monde trop vieux.

Croiriez-vous qu'hier encore un catalogue me tombait sous les yeux, où l'on vantait à grands renforts de figures, une espèce d'instrument de supplice, sous le nom de « fauteuil-lit pour cardiaques, asthmatiques, etc. ». Le patient y est représenté accoudé sur une tablette fixée aux bras du fauteuil ; son attitude trahit douloureusement sa torture. Arrière, désormais, ces mécaniques désastreuses ! Cardiaques, mes amis, *sursum crura*, haut les jambes, tête en bas comme les autres, et bientôt, le souffle large et facile, la respiration libre, il vous sera donné de vous joindre à nous pour chanter à plein gosier sur l'air du chœur de *Sigurd* :

Gloire à Fischer ! (ter.)

Dans mon empressement à vous signaler les bienfaits de la méthode de l'avenir, je

soin de revêtir les mors de l'instrument, de caoutchouc. Elle ne produit aucune lésion ainsi que M. Tuffier a pu s'en assurer dans ses expériences sur les animaux. Mais la pince compressive doit avoir une forme en S pour ne pas masquer le champ opératoire et elle n'est applicable que lorsque les calculs ne font pas saillie dans les bassinets.

Cette hémostase préventive permet l'hémostase définitive qui se pratiquera en sutturant à part, avec du catgut, les deux valves rénales l'une contre l'autre. Quand les sutures seront faites, on lâchera les compressions et le défaut d'hématurie vient prouver qu'il n'y a pas trace d'hémorrhagie ; tandis qu'en essayant de pincer et de lier chaque vaisseau qui donne, on déchire le rein, le sang coule en abondance, à ce point qu'on a même signalé des morts par ce mécanisme.

On se souvient du rapport de M. Chauvel sur un cas de *trépanation du crâne*, pratiquée par M. Chupin. A ce propos, M. Gérard-Marchant prit la parole et se montra partisan de l'intervention dans les cas de fracture de la voûte par armes à feu.

M. Berger fait remarquer que pour sa part il n'adopte pas les conclusions de son collègue. Il est, dans bien des cas, partisan de l'abstention et cite des exemples de plaies pénétrantes, avec issue de matière cérébrale, qui ont guéri toutes seules. Les balles de revolver de petit calibre sont, en effet, tolérées par les tissus, pourvu qu'on évite toute infection secondaire, et, dans ce cas, suivant l'orateur, il faut s'en tenir aux indications générales de la trépanation.

Cette intéressante question doit faire l'objet d'un long débat ; car beaucoup de chirurgiens ont, à cette occasion, demandé la parole. Aussi cette discussion est-elle renvoyée à la fin de celle en cours sur le *traitement par l'hystérectomie vaginale du prolapsus utérin* qui est reprise immédiatement par M. Le Dentu.

Le professeur de Necker a pratiqué deux opérations de ce genre. D'abord chez une femme de 39 ans atteinte de prolapsus complet et de salpingite gauche. Il a blessé la vessie. Sa malade a parfaitement guéri ; mais la cys-

---

n'ai pas pris le temps de l'expérimenter d'abord. Je me propose de le faire sans retard. J'ai sous la main un sujet de choix. C'est une vieille garde-malade qui depuis trente ans n'a pas dormi trente fois dans son lit. C'est toujours sur une chaise qu'elle s'abandonne aux caresses de Morphée. Son académie, il faut le dire, s'y prête merveilleusement. Quand elle a posé sur un siège plus ou moins rembourré l'énorme soubassement que représente son bassin, la masse de ses flancs et de sa poitrine s'y appuie comme sur un socle inébranlable et sa tête se cale d'elle-même entre les assises charnues qui se superposent de son menton à ses épaules. L'ensemble est solide et inébranlable à l'instar des pyramides d'Egypte. Les mille petits soins qu'exigent ses clientes une fois rendus, la dernière cuillerée de potion donnée, le lit bien bordé, elle prend sa chaise, s'y écroule, ramène sur son nez les lunettes jusque-là relevées sur le front, rejette sur ses épaules les larges brides du bonnet noir qui ne la quitte jamais, puis tire de sa poche son *Petit Journal*. Elle le déploie, en vérifie le titre et la date, le pose sur ses genoux, remonte aussitôt ses lunettes jusqu'à la racine de ses cheveux, puis laisse tomber ses paupières et s'endort d'un si bienheureux sommeil que les malades, parfois, hésitent à l'en faire sortir.

Chaque fois que, par une rarissime exception, l'excellente femme a le loisir de cou-

tocèle et la rectocèle se sont reproduites. Dans un second cas, l'utérus était fibromateux, la femme amaigrie. La légère perte de sang occasionnée par la section de la tranche vaginale détermina du colapsus, de la diarrhée et des accidents qui durèrent quelque temps; mais il y eut plus tard reproduction de la chute du vagin.

Ces résultats sont fort encourageants, surtout quand M. LE DENTU les compare aux succès que lui ont donné les amputations sus ou sous-vaginales du col accompagnées de colpopérinéorraphie. Aussi conclut-il de la façon suivante : L'hystérectomie vaginale, pour prolapsus, ne s'adresse qu'aux femmes ayant atteint la ménopause. Elle n'est pas inoffensive chez les femmes âgées et débilitées. Le véritable traitement du prolapsus consiste d'abord à amputer le col, à cause de la fréquence de l'allongement hypertrophique de ce dernier; il faut, s'il y a lieu, utiliser les opérations autoplastiques sur le vagin et chez les jeunes femmes faire de suite et dans tous les cas la colpopérinéorraphie.

Puis vient M. REYNIER qui va terminer la séance par une longue lecture sur le même sujet.

Après avoir rejeté les pessaires, il établit qu'il faut intervenir dans tous les prolapsus à cause de la bénignité même de l'acte opératoire. Il n'a pour sa part jamais perdu une seule malade.

Deux opérations se partagent les différents prolapsus : l'hystéropexie chez les femmes jeunes sans lésion des annexes, l'hystérectomie vaginale chez les personnes qui en ont fini avec la vie génitale; mais, dans un cas, comme dans l'autre, il faut toujours faire la colpopérinéorraphie.

Il est arrivé à cette conclusion après avoir pratiqué 2 fois sans succès l'opération d'Alexander et 2 fois le cloisonnement du vagin avec des résultats peu satisfaisants. L'hystérectomie, au contraire, dans 8 cas, et l'hystéropexie dans 4 lui ont pleinement réussi.

La ligature des ligaments larges, pratiquée tout d'abord, a dû être abandonnée à cause des hémorrhagies. La vascularité des parties sectionnées est en effet considérable dans ces affections, Le prolapsus se produit surtout

---

cher dans un lit, elle n'y peut pas clore l'œil. Je vais lui recommander d'empiler sous ses jambes, à la prochaine occasion, les oreillers qu'elle a, comme tout le monde, la pernicieuse coutume de placer sous sa tête et je vous tiendrai au courant du résultat. Si l'expérience réussit, la conclusion en sera inattaquable, je vous le jure. Chloral, hypnone, sulfonal et chloralamide iront grossir, dans la nuit de l'oubli, la foule des panacées sans emploi et des thériaques abandonnées.

POSTES DE SECOURS A BERLIN. — On va fonder à Berlin trois postes de secours chirurgicaux dans chacun des quartiers de la ville. Ils seront munis de tous les instruments et médicaments nécessaires, et même de lits. Un médecin y sera attaché jour et nuit. On aura le droit, en cas d'accident, d'en requérir les soins et ces postes seront organisés de manière à pouvoir porter les secours au lieu même du sinistre.

Ces postes de secours sont organisés par quatre grandes sociétés ouvrières de secours mutuels.

chez les variqueuses et chez elles il existe un varicocèle du ligament large. Les pinces hémostatiques laissées vingt-quatre heures évitent tout écoulement sanguin et, comme M. Segond, il pense que le travail cicatriciel déterminé par l'escharre remonte le vagin et résiste à la pression intestinale. Mais la colpopérinéorraphie est de règle. Dans les hystéropexies, où elle n'avait pas été pratiquée tout d'abord, elle a dû être faite consécutivement ; tandis qu'il est préférable de terminer les deux interventions dans la même séance ; ce qui n'est pas possible dans l'hystérectomie à cause de la présence des pinces.

M. Reynier aborde ensuite la pathogénie de l'affection et se lance dans de longues considérations sur l'affaiblissement des plans musculaires.

Le releveur de l'anus a disparu ; le corps périnéal n'a presque plus de fibres striées ; les parois antéro-latérales elles-mêmes sont flasques, toutes causes qui ont du reste été déjà invoquées. Mais où M. Reynier devient plus personnel, c'est lorsqu'il attribue tous ces relâchements, la ptose de tous les organes à une affection du système nerveux, à la neurasthénie ou même à un état mental particulier de la malade. Il est plus difficile à suivre quand il compare tout cet affaiblissement musculaire aux amyotrophies qui sont la conséquence de l'hydarthrose, assimilant à la séreuse du genou la séreuse péritonéale irritée par une affection utérine ou des annexes.

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

—

Prophylaxie des maladies éruptives

Mesure à prendre après le décès ou la guérison

Nous avons indiqué, dans un précédent article, les précautions à prendre au cours d'une maladie éruptive, en prenant la variole pour exemple (1), nous allons dire aujourd'hui ce qu'il convient de faire quand la maladie est terminée.

Si l'issue a été funeste, il faut procéder à la mise en bière aussitôt que le décès a été régulièrement constaté. Pour cela, on commence par laver le cadavre avec la solution de sublimé au 2000e, dont on imbibe également le suaire ; puis on met le corps dans le cercueil en l'entourant de sciure de bois qu'on arrose avec la même solution. L'inhumation doit avoir lieu ensuite à aussi bref délai que possible.

Lorsque la maladie se termine par la guérison, l'isolement ne doit cesser et le sujet ne doit reprendre contact avec les gens bien portants, qu'après un délai variable pour chaque maladie contagieuse. La durée de l'isolement a été fixée en 1882 par une instruction ministérielle, après avis de l'Académie de médecine. Cette instruction a été revisée sur son invitation en 1888.

L'Académie, sur un rapport de M. Ollivier, a décidé que la durée de l'isolement, comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) serait de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphtérie, de vingt-cinq jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons. L'isolement ne cessera qu'après que le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et subi autant de frictions générales portant même sur le cuir chevelu (2).

(1) *Union médicale* du 13 janvier, nº 5, p. 58.

(2) Académie de médecine, séance du 24 janvier 1888, nº 4, p. 105.

Ces prescriptions qui se justifient pour les écoles, sont un peu rigoureuses dans la pratique et pourront être atténuées au moins dans les cas légers. On peut donner la libre pratique aux convalescents dans la variole, lorsque toutes les croûtes sont tombées et dans la scarlatine lorsque la desquamation a cessé. Il suffit alors de donner au convalescent un grand bain savonneux d'une demi-heure, de lui faire prendre du linge blanc de lessive et des habits désinfectés.

Que la maladie se termine par la mort ou par la guérison, les mesures à prendre pour les vêtements et le local sont les mêmes.

Nous allons d'abord nous occuper des vêtements.

Le linge de corps, les draps de lit, taies d'oreillers, serviettes de toilette ne doivent être envoyés au blanchissage qu'après avoir été passés à la solution désinfectante, comme on l'a fait pendant le cours de la maladie (1).

Les vêtements de laine, la literie, les tapis et les tentures, lorsqu'on n'a pu les enlever au début, doivent être envoyés aux étuves à désinfection, où il sera procédé à leur égard, comme nous l'avons dit dans un autre article (2). Les fourrures, les pelleteries, les chaussures en cuir, les objets en caoutchouc, les plumes ne supportent pas la température des étuves ; il faut les désinfecter à l'aide du pulvérisateur ou des lotions antiseptiques. Nous en indiquerons la technique en parlant du mobilier.

Dans les localités qui n'ont pas d'étuves à vapeur sous pression, on doit, faute de mieux, soumettre les vêtements autres que les fourrures, pelleteries, etc., à la désinfection par l'acide sulfureux. On choisit pour cela une pièce aussi petite que possible ; on la débarrasse de tous les meubles, des glaces, etc. On bouche avec soin toutes les fissures, en y collant du papier, et on y tend des cordes sur lesquelles on suspend les objets à désinfecter. Cela fait, on place, au milieu de la pièce, une couple de briques sur le plancher pour le préserver du feu. Sur ces briques, on pose un réchaud allumé et sur les charbons incandescents on répand de la fleur de soufre à raison de trente grammes par mètre cube. Au bout de six heures, on ouvre la porte, pour laisser entrer l'air et on ne pénètre dans la chambre, pour en ouvrir les fenêtres, qu'après un temps assez long et avec des précautions suffisantes pour éviter les quintes de toux que provoque l'aspiration de l'acide sulfureux. Les effets désinfectés de cette façon, doivent être exposés au grand air pendant quelques heures avant d'être renfermés.

Dans notre prochain formulaire, nous indiquerons les mesures à prendre pour la désinfection des locaux.

COURRIER

Mérite agricole. — Ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

M. le docteur Bartoli (de Calvi), M. le professeur Thibault (de Lille).

Concours de l'externat. — Questions posées : Symptômes de la péritonite aiguë. — Chloroformisation.

---

(1) Voir *Union médicale* du 13 janvier.

(2) Voyez : Désinfection des objets. *Union médicale*, 1893, n° 56, p. 662.

les chaussures en cuir, les objets en caoutchouc, les plumes ne supportent pas la tem-

— Le gendre de Livingstone, M. A.-L. Bruce, vient de laisser une somme de 75,000 fr. pour la fondation d'une chaire de santé publique à l'Université d'Edimbourg.

— On nous apprend que Mlle de Choiseul vient d'envoyer 100,000 francs à l'hospice Saint-Joseph.

Réformes hospitalières. — On s'occupe beaucoup, dans ce moment, au conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique, d'un projet de réorganisation et de réformes hospitalières, et principalement sur ce qui touche aux consultations externes et à l'assistance à domicile.

La Société médicale des bureaux de bienfaisance consultée, a émis les vœux suivants :

Art. II (relatif à la composition du bureau d'assistance).

Nous proposons l'addition du paragraphe suivant :

6° ... de deux médecins, soit du traitement à domicile, soit du service des consultations.

Art. XXIII (relatif à la composition de la Commission centrale d'assistance).

Nous proposons l'addition du paragraphe suivant :

7° ... de deux médecins, soit du traitement à domicile, soit du service des consultations, désignés par leurs collègues.

Art. XXXII. — Nous proposons son remplacement par le texte suivant :

Les consultations des dispensaires sont données par des médecins nommés au concours dans les conditions établies par l'article XXXIV.

Art. XXXIII (relatif au mode d'admission des malades dans les hôpitaux).

Nous en proposons la suppression.

Art. XXXIV (relatif à la nomination des médecins du traitement à domicile et des médecins du dispensaire).

Nous proposons de modifier comme suit le premier paragraphe :

Les médecins du traitement à domicile et les médecins du dispensaire sont nommés au concours par le ministre de l'intérieur, dans les mêmes conditions et pour la même durée que les médecins des hôpitaux.

Nous demandons la suppression du deuxième paragraphe, ainsi conçu : « Tout médecin, non réinvesti, ne peut plus se représenter au concours. »

Nous demandons la suppression de la deuxième partie du troisième paragraphe, ainsi conçu : « ... posséder ce diplôme depuis deux ans au moins, ou justifier de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. »

Nous proposons la suppression de la seconde partie du dernier paragraphe ainsi conçue :

2° ... une indemnité variable, suivant le nombre de visites qu'ils ont faites pendant l'année.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

La Faculté de médecine de Paris, dans ses projets de réforme de l'agrégation, a émis le vœu qu'on créât deux nouveaux agrégés : un de dermatologie et de maladies vénérienne, l'autre d'ophtalmologie. Cette décision est plus importante qu'elle ne le paraît au premier abord, car elle tend à la spécialisation de l'agrégation.

Autrefois, c'était après leur nomination que les nouveaux élus optaient pour telle ou telle partie de l'enseignement ; aujourd'hui, pour deux branches de l'art de guérir du moins, c'est avant le concours que le candidat choisira sa voie. Y a-t-il là un progrès, une amélioration à l'état de choses actuelles ? Il est permis de se le demander et ce n'est qu'à l'user qu'on pourra être fixé sur ce point ; mais, d'ores et déjà, on peut se dire : Pourquoi a-t-on pris pour les maladies de la peau et pour les affections des yeux une mesure qui n'a pas été adoptée pour les maladies nerveuses, pour les voies urinaires, pour les maladies des enfants, l'anatomie pathologique, etc.? C'est sans doute à cause de l'importance même des chaires qui sont l'objet de la nouvelle mesure. Rien de plus juste ; mais la présence d'un agrégé, qui viendra reculer d'un rang les prérogatives du chef de clinique, aura-t-elle une grande importance dans l'étude d'affections qui s'apprennent surtout par le maniement des malades? Y aura-t-il place dans le même service pour deux enseignements connexes et ne se nuiront-ils pas l'un à l'autre ?

Nous savons bien que pour l'ophtalmologie, notamment, la Faculté a, à bon droit, toujours cherché à attirer à elle un courant d'élèves qui lui échappe en partie et qui se répand dans les diverses cliniques de la ville ; mais pourra-t-elle jamais être pourvue des même ressources pratiques que ceux qui donnent aujourd'hui l'enseignement libre ? Nous le souhaitons et nous réservons nos félicitations pour la nouvelle agrégations d'ophtalmologie si elle contribue à déterminer ce mouvement.

Du reste, comme nous l'avons dit, il n'y a eu encore qu'un vœu d'émis. On n'a même pas fixé dans quelles conditions se passeraient les différentes épreuves ; il faudra probablement du temps pour élaborer ces si importantes questions. Toutes les réformes proposées pour l'agrégation ne sont pas, paraît-il, destinées à voir le jour en 1894. De l'avis des gens les mieux informés, elles ne pourraient pas aboutir avant l'époque à laquelle doit être annoncée l'ouverture du concours, c'est à dire vers le milieu de juin.

HYGIÈNE

Les intoxications par l'oxyde de carbone

Les accidents causés par l'oxyde de carbone sont devenus beaucoup plus communs depuis quelques années. Il n'est pas de mois d'hiver pendant lequel on n'en signale quelques-uns, et beaucoup d'autres sont inconnus. La récente discussion soulevée à l'Académie de médecine par M. Brouar-

del donne à ce sujet un degré d'intérêt de plus (1) et nous engage à le traiter aujourd'hui d'une manière plus générale.

L'intoxication par l'oxyde de carbone s'observe dans quatre conditions différentes : dans les cas d'incendie, de suicide par le charbon, dans les voitures chauffées avec des briquettes en charbon de Paris et dans les appartements dont les appareils de chauffage sont défectueux ou mal installés.

La plupart des personnes qui succombent dans les incendies sont empoisonnées par l'oxyde de carbone. On a eu maintes fois l'occasion de s'en assurer, lorsque les théâtres prennent feu ; presque toutes les victimes sont empoisonnées par l'oxyde de carbone ou étouffées par la fumée. Lors de la catastrophe de l'Opéra-Comique, qui a laissé de si douloureux souvenirs dans la population de Paris, les cadavres furent déposés dans un magasin de la rue Drouot. Presque tous étaient intacts ; les broderies des femmes n'étaient même pas brûlées et M. Brouardel a retrouvé l'oxyde de carbone dans le sang des victimes. Ce qui importe donc, lorsque l'incendie ne peut plus être éteint, c'est d'empêcher les spectateurs d'être asphyxiés avant de pouvoir sortir. Il faut pour leur permettre de respirer, donner une issue rapide aux gaz toxiques engendrés par la combustion. C'est à cela que vise l'article 9 modifié de l'ordonnance du 16 mai 1881. Il est ainsi conçu : « Il sera établi, au sommet de la coupole du théâtre, au-dessus de « la scène, une baie dont la manœuvre se fera du dehors. La section de « cette baie sera la millième partie du volume de la scène exprimé en « mètres cubes. »

Les suicides par l'oxyde de carbone se commettent à l'aide d'un réchaud dans lequel on allume du charbon de bois, après avoir fermé avec soin toutes les issues par lesquelles les gaz de la combustion pourraient s'échapper. L'hygiène n'a rien à y voir, elle ne peut que constater leur degré de fréquence.

Les accidents causés par les briquettes avec lesquelles on chauffe les voitures sont plus fréquents et plus dignes d'intérêt. Ils se produisent depuis qu'on a pris l'habitude de se servir, dans les voitures publiques, de chaufferettes dans lesquelles on brûle des briquettes en *charbon de Paris*. Ce combustible est fabriqué avec du goudron et des débris de charbon de bois. On en forme des briquettes qu'on calcine jusqu'au rouge pour leur enlever tous les produits volatils. Elles brûlent lentement et ne donnent pas d'odeur ; mais elles dégagent de l'oxyde de carbone qui s'échappe par les petits trous dont la chaufferette est percée. Il remplit rapidement la caisse de la voiture, malgré le maljoint des portières et cause des accidents parfois mortels aux gens qui y sont enfermés.

L'attention du conseil d'hygiène a été appelée à plusieurs reprises sur cette question par le préfet de police et a été l'objet de trois rapports de M. Armand Gautier, le premier en 1882, le second en 1885 et le second en 1889.

Il y relatait plusieurs cas de mort survenus chez des cochers ayant eu l'imprudence de s'endormir dans leur voiture avec leur chaufferette allumée, ou de l'emporter avec eux dans leur chambrette pour se chauffer pendant la nuit. Il signalait, en même temps, des faits plus nombreux d'accidents

(1) Voir l'*Union médicale* du 18 janvier, n° 7, p. 83.

passagers ou d'intoxications chroniques produits par le même mode de chauffage.

En 1882, comme en 1889, des ordonnances de police sont intervenues pour l'interdire. Celle du 5 décembre 1889 est ainsi conçue : « Les charbons ou « briquettes ne pourront plus être utilisés, comme mode de chauffage des « voitures de place et de remise, à moins que les chaufferettes ne soient « disposées de telle façon que les gaz de la combustion se dégagent directement à l'extérieur. » Quelques loueurs de voitures se conformèrent à l'ordonnance et adaptèrent à leurs chaufferettes de petits tuyaux conduisant les gaz au dehors ; mais les grandes compagnies trouvèrent plus simple de supprimer tout chauffage. C'était au plus fort de l'épidémie de grippe de 1889 ; le froid était rigoureux et, pendant 18 jours, les voyageurs souffrirent cruellement dans les voitures publiques. Les réclamations s'élevèrent de toutes parts, et le préfet de police, plus humain que les loueurs de voitures, suspendit l'exécution de son ordonnance, en raison de l'épidémie qui régnait alors. La grippe a cessé, mais l'ordonnance n'a pas été remise en vigueur et les faits d'intoxication ont continué à se produire.

Ceux que M. Brouardel a signalés à la séance du 16 janvier de l'Académie de médecine sont particulièrement intéressants. Jusqu'alors la mort n'était survenue qu'à la suite d'un long séjour dans l'atmosphère toxique. Le cocher cité par M. Gautier avait passé la nuit tout entière dans sa voiture, tandis que celui dont a parlé M. Brouardel n'y avait séjourné qu'une demi-heure ; le médecin qui a failli succomber dans les mêmes conditions n'y avait passé que le temps de se rendre de la cité Trévise à la rue du faubourg Montmartre. Dans d'autres cas cités au cours de la même discussion, l'intoxication a été tout aussi rapide. Il y a donc là un danger très réel et sur lequel il est indispensable d'appeler de nouveau l'attention de l'autorité municipale. C'est ce que l'Académie a pensé et elle a chargé la section d'hygiène, renforcée de M. Gauthier, de lui proposer le texte d'un vœu auquel elle donnera sa sanction.

La question des poêles mobiles à combustion lente a tout naturellement surgi pendant cette discussion. Ils sont, en effet, beaucoup plus dangereux que les chaufferettes, et, depuis que leur usage s'est généralisé, on compte chaque hiver, à leur passif, une vingtaine de cas de mort.

Ces appareils ont été imaginés pour obtenir la plus grande somme de chaleur possible avec la consommation de combustible la plus faible. Les anciens poêles, avec leurs grandes ouvertures d'entrée pour l'air neuf, ont un tirage excessif, et dévorent une énorme quantité de charbon pour produire de la chaleur qui va se perdre dans l'atmosphère extérieure. Ce gaspillage de combustible a trop d'inconvénients pour qu'on n'ait pas cherché à chauffer les appartements à moins de frais, et les ingénieurs y sont parvenus en sacrifiant quelque peu l'hygiène à l'économie.

Ils ont diminué la consommation du combustible, en ralentissant la combustion et ils ont donné le moyen d'utiliser la chaleur d'une façon plus complète, en rendant les poêles mobiles, ce qui permet de les promener sur leurs roulettes dans toutes les pièces de l'appartement.

Les premiers appareils à combustion lente et à faible tirage ont commencé à se répandre en France en 1880, sous le nom de *poêles américains*. Le modèle le plus répandu fut, à cette époque, le poêle *Choubersky*. En

1887 et 1888, on en a vendu de trente à trente-cinq mille, dont le tiers environ est resté dans Paris. Depuis lors, on a inventé une foule d'appareils analogues et nous avons vu successivement paraître : la *Salamandre*, l'*Orientale*, la *Française*, la *Sénégalienne*, le *Pluton*, l'*Eclair*, le *Flamboyant*, le *Volta*, *la Parisienne*, les poêles *Cadé*, *Viville*, etc. Tous ces modèles s'éloignent peu à peu du type primitif pour se rapprocher des poêles ordinaires ; mais on a diminué les avantages en même temps que les inconvénients. Ils dégagent moins d'oxyde de carbone que les appareils primitifs ; mais ils consomment plus de combustible.

Le danger des nouveaux poêles réside en effet dans les conditions mêmes qui en rendent l'usage économique : leur mobilité et la lenteur de la combustion ; ce sont, suivant l'expression de M. H. Moissan, de véritables appareils pour la préparation de l'oxyde de carbone. Il s'en dégage dans toutes les combustions, mais les nouveaux appareils en produisent plus que les autres à cause de leur faible tirage dû à l'étroitesse de la prise d'air. M. Vallin a constaté, par des recherches anémométriques très précises que, dans un poêle mobile du modèle ordinaire, le tirage ne fait arriver dans le foyer que quatre mètres cubes d'air par kilogramme de coke brûlé, tandis que cette quantité de combustible en exige au moins neuf, pour que tout se transforme en acide carbonique. Il n'est donc pas étonnant que l'oxyde de carbone prédomine dans les gaz de la combustion (1).

On a fait de nombreuses analyses pour déterminer les proportions relatives du gaz qui sortent de ces appareils.

MM. E. Boutmy (2), Gabriel Pouchet, Dujardin-Beaumetz et G. de Saint-Martin, Ferdinand Marié, Davy se sont livrés à cette étude ; mais les résultats auxquels ils sont parvenus concordent trop peu entre eux pour que nous les reproduisions ici (3). Dans toutes leurs expériences, ils ont trouvé des quantités d'oxyde de carbone largement suffisantes pour déterminer la mort, lorsque les gaz de la combustion se répandent dans la pièce qu'ils sont destinés à chauffer. Il s'en produit presque autant dans les cheminées et les anciens poêles, mais il est rapidement entraîné au dehors par l'air qui s'engouffre dans leurs grands foyers. Les poêles à combustion lente, au contraire, ont un tirage presque nul ; les gaz n'y sont pas dilués, comme dans le cas précédent, par une énorme quantité d'air et entraînés par elle. Ils sont plus denses et plus froids. Lorsque rien ne s'y oppose, ils montent dans la cheminée, mais le moindre reflux les refoule dans l'appartement. Il suffit pour cela d'une différence de température entre la cheminée et la pièce, d'un coup de vent, d'un changement de pression barométrique.

Lorsque les tuyaux de fumée se rejoignent, comme cela arrive dans les vieilles maisons, on peut être asphyxié par le poêle mobile de son voisin. Les gaz de celui-ci remontent de son côté jusqu'au point de jonction, puis descendent dans la pièce voisine par le conduit de celle-ci qui, se trouvant plus froid, ne leur oppose aucune résistance.

La mobilité des nouveaux poêles est une nouvelle cause de danger. Ils

(1) E. Vallin. *Autour d'un poêle*, recherches anémométriques (*Revue d'hygiène*, 1884, n° 6, p. 457).

(2) E. Boutmy. *Le poêle mobile américain*, ses dangers. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1880, 3e série, t. III, p. 480).

(3) Voir pour ces analyses : *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, t. III, p. 596.

vont semant l'oxyde de carbone sur leur route et, quand on les place dans une cheminée froide, ils ont de grandes chances pour y trouver un courant descendant qui les refoule dans la pièce. Il faut aussi tenir compte de l'usure des appareils, de la fermeture incomplète des ouvertures de charge, du mauvais état ou de l'absence des plaques d'obturation, et enfin des imprudences commises.

Ce sont, en somme, des appareils qui demandent une grande surveillance. Il ne faut, toutefois, pas exagérer les périls qu'ils font courir. Les accidents qu'ils causent sont bien rares lorsqu'on les compare au nombre considérable de poêles mobiles actuellement en service. Les lampes à pétrole sont plus dangereuses, et cependant leur usage se répand de plus en plus. Le nouveau mode de chauffage est trop commode, trop économique; il rend trop de services aux familles qui n'ont qu'une modeste aisance pour qu'on puisse songer à le proscrire ; il faut seulement éclairer ceux qui s'en servent sur les dangers qu'ils peuvent courir et leur indiquer les précautions à prendre pour y parer.

L'Académie de médecine, ainsi que le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, ont formulé à cet égard des conseils très pratiques que nous regrettons de ne pouvoir reproduire *in extenso*, mais qui peuvent se résumer de la façon suivante :

Il ne faut jamais se servir de poêles mobiles dans la chambre à coucher ni dans les pièces contiguës. Leur emploi est dangereux dans les pièces petites et mal ventilées, dont les cheminées tirent mal ou rabattent. Il ne faut pas y recourir pour le chauffage des crèches, des écoles, des lycées.

Lorsqu'on allume un poêle mobile, il faut s'assurer préalablement du tirage de la cheminée, en y allumant du papier ou un petit feu clair et brillant, pendant que la fenêtre reste entr'ouverte. Il est bon de tenir l'appareil pendant un certain temps en *grande marche*, quand on vient de l'allumer.

On doit se tenir en garde contre les perturbations atmosphériques et surveiller avec attention le jeu des soupapes qui indiquent le sens dans lequel se fait le tirage. Les orifices de chargement doivent êtres clos d'une manière hermétique et il est bon de ventiler largement le local, lorsqu'on vient de remplir le poêle de combustible.

Dans un prochain article, nous parlerons de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone en lui-même et des moyens de le prévenir.

Jules ROCHARD

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1894. — Présidence de M. FERRAND.

Purpura infectieux

M. LEBRETON rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans, bonne d'enfants, qui fut prise de phénomènes généraux graves 48 heures après une émotion violente : fièvre, frissons, céphalalgie et rachialgie intenses, épistaxis. Douze heures après, les bras, les jambes, les régions fessières se couvraient de taches de purpura extrêmement nom-

breuses, à peine séparées par des intervalles de peau saine au niveau des extrémités. Sur le reste du corps l'éruption était assez discrète. Pendant deux jours l'état de la malade resta très grave ; la syncope était à chaque instant menaçante et l'on dut faire des injections d'éther, de caféine et des inhalations d'oxygène.

Les symptômes graves s'améliorèrent cependant au bout de quelques jours et la malade finit par guérir.

Le sang de cette malade avait été ensemencé par M. Macaigne sur gélose et en bouillon ; de l'urine recueillie aseptiquement fut également ensemencée dans ces mêmes milieux. Toutes les cultures donnèrent du staphylocoque blanc à l'état de pureté.

Cette observation peut donc se ranger à côté de celles où le streptocoque, le pneumocoque ont été trouvés chez des malades atteints de purpura. Mais ici la porte d'entrée du staphylocoque est restée complètement inconnue. La malade ne présentait pas de furoncle, aucun foyer de suppuration, et elle n'avait pas eu d'angine ; les enfants qu'elle gardait n'avaient non plus aucune affection suppurante.

M. Widal. On a trouvé le plus souvent, dans les cas de purpura infectieux, le streptocoque : le staphylocoque et le pneumocoque sont plus rares. Le purpura semblerait donc produit par divers microbes. Il faut, toutefois, se demander si les micro-organismes rencontrés ne se sont pas développés secondairement et si l'agent pathogène primitif ne nous échappe pas, comme, par exemple, dans le rhumatisme aigu.

Atrophie de la vésicule biliaire consécutive à l'obstruction calculeuse du cholédoque

M. Hanot. Dans l'obstruction du canal cholédoque par des calculs, ainsi que l'ont démontré d'abord Courvoisier, puis M. Terrier, la vésicule biliaire, loin d'être dilatée est atrophiée. Ce fait est d'une utilité incontestable pour le diagnostic ; il serait, par exemple, souvent impossible, sans lui, de distinguer un cancer de la tête du pancréas d'une oblitération calculeuse du cholédoque.

M. Hanot résume les observations de deux malades atteints de lithiase biliaire avec obstruction et distension du canal cholédoque.

1° Lithiasc biliaire chez un homme de 60 ans. Mort avec accidents cholériformes. Obstruction du canal cholédoque par un caual. Dilatation des canaux biliaires ; atrophie de la vésicule ;

2° Lithiase biliaire chez en homme de 55 ans. Mort par infection secondaire : phlegmatia alba dolens ; érysipèle de la face. Calcul enchâtonné dans l'ampoule de Vater. Dilatation des conduits biliaires, atrophie considérable de la vésicule.

Ces deux faits ont été observés à une époque où la chirurgie des conduits biliaires était encore inconnue. Aujourd'hui, peut-être, ces malades auraient été sauvés.

L'obstruction du canal cholédoque détermine une stase biliaire ; elle facilite ainsi la pullulation des microbes pathogènes qui peuvent entraîner la transformation scléreuse des parois des conduits et de la vésicule, et c'est surtout au niveau de la vésicule que le processus est le plus intense. C'est là, du moins, la théorie généralement admise. La transformation fibreuse de la vésicule entraîne son atrophie.

Mais à cette cause fondamentale s'ajoutent, suivant les cas, des causes secondaires. Ainsi, dans un des cas de M. Hanot, on voyait que la lésion scléreuse était à son maximum au niveau de la réunion de la vésicule avec le canal cystique ; à ce point, l'infiltration du tissu fibreux par du pigment noirâtre semblait montrer qu'il s'était fait antérieurement un travail d'exulcération, dû probablement au passage d'un calcul volumineux de la vésicule dans le canal cystique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances de janvier 1894

Angiocholite et cholécystite cholériques expérimentales

MM. A. Gilbert et Dominici ont inoculé le bacille du choléra dans les voies biliaires du lapin. Les animaux succombent rapidement et on trouve du pus riche en vibrions cholériques dans les voies biliaires extra-hépatiques, surtout dans la vésicule. Le foie présente de nombreux abcès dans les espaces portes, de l'angiocholite, des lésions nécrobiotiques des cellules. Dans certains points c'est la cirrhose insulaire qui domine. Ces altérations sont pour la plupart rencontrées aussi dans le choléra humain et l'on sait que Girode a trouvé le bacille virgule dans la bile de 11 cholériques sur 28 examens.

Un cas de dégénérescence mentale

M. Magnan communique l'observation d'un homme, dégénéré héréditaire, âgé de 47 ans, qui a, de bonne heure, été obsédé par des chiffres, d'abord le chiffre 4, puis le chiffre 7, enfin le chiffre 3. Ce malade, qui n'a pas su conduire ses affaires, est actuellement sujet à des accès de rires ou de pleurs, ou bien a un besoin irrésistible de japper. D'autres fois, il faut qu'il déchire son linge, qu'il prononce des mots injurieux ; ou bien, s'il entend certains bruits, il faut qu'il urine. Fréquemment, il est pris de sensations douloureuses violentes dans les mains et les pieds, et comme ces sensations peuvent parfois cesser sous l'influence d'une vive émotion morale, il a volé des objets au bazar de l'Hôtel de Ville, 3 tire-bouchons, afin de se donner la crainte d'être découvert ; il a pris 3 objets, parce que actuellement il est tourmenté par le nombre 3. C'est ainsi qu'il dit avoir demandé à un repas, 3 gigots, 3 petits pains, 3 fromages, 3 petits verres ; il s'est déplacé 3 fois pour aller au cabinet, mais n'a pu boire que 2 chopines de vin, ce qui a été cause de la perte de son paletot et de celle de son porte-monnaie. N'ayant que 2 dents gâtées, il a exigé qu'on lui en arrachât une troisième. Nombreuses fois ce malade a été tourmenté par des idées fixes et, de plus, il présente des hallucinations auditives et psycho-motrices ; il manifeste enfin des projets ambitieux fort bizarres.

Infections salivaires ascendantes

M. Girode a examiné 12 cas d'affections salivaires suppurées occupant une fois la sous-maxillaire gauche, dix fois la parotide et une fois une grenouillette sous-maxillaire droite ; 5 cas étaient primitifs, 7 autres développés à la suite d'étranglement interne, diabète, néphrite, pneumonie, fièvre typhoïde. Dans ces dernières observations, le microbe de l'infection salivaire n'avait rien de commun avec celui de l'affection antécédente. Chez tous les malades, il existait des lésions buccales intenses. Comme résultats généraux de l'examen bactériologique, M. Girode a noté l'auréus 6 fois, l'albus 1 fois, le pneumocoque 4 fois, le pneumo-bacille de Friedlander une fois. Dans un cas de parotidite putride, le pneumocoque était associé à un bacille grêle et allongé immobile, prenant très mal les couleurs d'aniline, et dont il a été impossible d'obtenir jusqu'ici une culture pure, soit à l'air, soit à l'abri de l'oxygène. Ce même bacille existait dans 3 cas de pyo-thorax gangréneux, suite de gangrène corticale du poumon.

M. Girode a pu confirmer que les microbes en cause, hôtes habituels de la bouche, existaient sur la muqueuse vestibulaire et dans les produits recueillis à l'embouchure des conduits salivaires. Cette dernière exploration fournissait des résultats identiques à ceux que donnait l'examen du pus recueilli au niveau de la glande après incision ou à l'autopsie (7 cas). Enfin, l'examen histo-bactériologique de fragments de glandes pris dans les parties moins malades, a permis, dans 4 cas, de contrôler la nature endo-canaliculaire de l'infection au début.

Tous ces faits confirment la nature ascendante de ces affections et leur origine buccale. La prophylaxie s'en déduit ; elle consistera en une antisepsie buccale (Bouchard. et surtout vestibulaire au cours des maladies adynamiques.

Signification des produits de la digestion

M. Linossier constate que la recherche des produits définitifs (peptones et sucres) ou intermédiaires (syntonines, propeptones, dextrines) de la digestion dans l'estomac n'a aucune valeur au point de vue de la détermination du travail chimique de l'estomac, ou de l'activité du suc gastrique.

Il croit, au contraire, que cette recherche peut fournir une bonne mesure de la faculté éliminatrice de l'estomac, c'est-à-dire de la facilité plus ou moins grande avec laquelle cet organe élimine, soit par absorption, soit par évacuation dans le duodénum, les produits de la digestion. Elle peut être substituée avec avantage à l'épreuve de l'iodure et à l'épreuve du salol.

On pourra admettre qu'il y a diminution de la faculté éliminatrice de l'estomac, toutes les fois que l'analyse décèlera, dans le contenu gastrique, un excès habituel d'un produit de digestion dont la formation peut être considérée, d'après la composition chimique du suc gastrique, comme peu abondante; par exemple, du sucre chez un hyperchlorhydrique, des peptones chez un hypochlorhydrique.

Angiocholite et cholécystite coli-bacillaires

MM. A. Gilbert et S. A. Dominici. En l'espace d'un an, les auteurs ont recueilli trois nouveaux cas de suppuration des voies biliaires du au bacille d'Escherich. Le premier cas a trait à une personne de 53 ans, qui succomba à une angiocholite purulente, occasionnée par l'arrêt d'un calcul dans le canal cholédoque, au niveau de l'ampoule de Vater. Outre l'angiocholite existait, sous le foie, un abcès péritonéal du volume du poing.

Dans le deuxième cas, il s'agissait également d'une femme de 53 ans, chez laquelle, après de nombreuses coliques hépatiques, se développa un cancer de la vésicule biliaire. Sa mort fut précipitée par une angiocholite suppurée, compliquée de péritonite généralisée purulente et d'endocardite végétante de la valvule mitrale.

L'examen bactériologique révéla, dans ces deux cas, l'existence du bacille d'Escherich en culture pure.

Le troisième cas se rapporte à une femme de 38 ans qui, après avoir eu la fièvre en Algérie, fut prise de crises douloureuses dans la région hépatique.

Après la deuxième crise apparut un ictère accompagné de décoloration incomplète des matières fécales ; le foie et la rate devinrent très volumineux ; les accès douloureux continuèrent à se montrer, alternant avec les accès fébriles. Dans ces conditions, trois ans après le développement de l'ictère, la malade entra à l'hôpital Beaujon le 6 octobre 1893.

Une ponction, faite dans le foie, permit d'en extraire une petite quantité de sang qui, ensemencé, donna un assez grand nombre de colonies du bacille d'Escherich.

De plus, M. Tuffier ayant pratiqué la cholécystotomie, la bile fut recueillie au moment de l'ouverture de la vésicule ; elle contenait quelques petits grumeaux de pus et semée elle donna des cultures du même microbe.

Ainsi le coli-bacille ne se rencontre pas seulement dans les pièces d'autopsie, chez les individus affectés de suppuration biliaire, mais encore il peut être constaté sur le vivant, en dehors de tout autre micro-organisme, ainsi que nous l'avions déjà établi précédemment, et la fréquence de sa constatation permet bien réellement de l'envisager « comme le grand parasite des voies biliaires ».

Action du bacille de Friedlœnder sur le lapin

M. Roger. — On admet généralement que le pneumo-bacille n'est pas pathogène pour le lapin, quelques auteurs attachent même une si grande importance à ce caractère négatif, qu'il leur suffit pour établir des espèces particulières.

Les faits que M. Roger vient d'observer lui semblent infirmer ces conclusions : il a étudié deux échantillons de pneumo-bacilles, dont l'un provenait d'un malade atteint d'une aortite aiguë, dont l'autre lui a été remis par M. Netter. L'inoculation intra-péritonéale a déterminé une péritonite qui a entraîné la mort du deuxième au dixième jour ; l'inoculation intra-veineuse a produit des effets assez variables, suivant la virulence des cultures ; généralement il s'est développé une septicémie mortelle en vingt-quatre ou quarante-huit heures ; l'autopsie ne montrait aucune lésion ou révélait des hémorragies occupant les parois intestinales ; dans ces cas, il y avait des ecchymoses disséminées sur toute la largeur de l'intestin ; en même temps, un grand nombre de plaques de Peyer étaient volumineuses, saillantes ; plusieurs étaient infiltrées de sang ; sur quelques-unes les vaisseaux étaient rompus et la cavité intestinale était remplie d'un liquide diarrhéique, fortement sanguinolent. Si la culture est moins active, la maladie peut revêtir une forme subaiguë, caractérisée par une néphrite avec albuminurie ; la mort survient en six, huit ou neuf jours ; parfois il se produit une dilatation de cœur droit ; ailleurs on voit se développer plus tardivement une paralysie à marche progressive.

Ces résultats rappellent évidemment ceux qu'on obtient avec le bacillus-coli ; cependant M. Roger n'oserait pas conclure à l'identité des deux microbes. Il lui semble seulement qu'on a tort de répéter que le pneumo-bacillle est inoffensif pour le lapin ; aussi est-il persuadé qu'un grand nombre de bacilles encapsulés, décrits comme des espèces spéciales, ne représentent que de simples variétés de bacille de Friedlœnder.

Endocardite coli-bacillaire

M. Étienne. — Dans un cas d'endocardite ulcéro-végétante, M. Étienne a trouvé à l'autopsie faite six heures après la mort des bacilles rappelant absolument l'aspect du coli-bacille. Ces organismes coagulaient le lait dans des ballons, c'est-à-dire sur une surface large, mais non dans des tubes.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sommaire : La théobromine. — Accidents causés par le salicylate de soude. — Emploi du diiodoforme dans le traitement du chancre mou. — L'alimentation des nourrices. — Action des injections hypodermiques de sérum artificiel.

M. Hallopeau a communiqué à la Société de thérapeutique les bons résultats qu'il a obtenus par l'emploi de la théobromine chez une femme atteinte d'affection mitrale qui, depuis plusieurs années, présentait un œdème des membres inférieurs résistant à tous les traitements. Il a prescrit le médicament sous forme de cachets de 50 centigrammes. La malade devait en prendre un toutes les six heures ; elle se trouva tellement soulagée par les deux premiers, qu'elle en ingéra quatre coup sur coup le lendemain matin, la dose était donc de 3 grammes en 12 heures.

L'action fut des plus remarquable. En quelques heures, les jambes désenflèrent complètement, la peau se plissa comme une écorce d'arbre et se rétracta ; elle devint bientôt le siège d'une abondante desquamation. La diurèse avait été fort modérée. Pendant les quelques heures qui suivirent l'administration du médicament, la malade accusa une sensation profonde de malaise avec tendance à défaillir et menace de mort prochaine. Ces accidents furent passagers. Par contre, l'œdème ne se reproduisit que

lentement et, plusieurs mois après l'administration du médicament, il n'avait pas repris les dimensions anciennes qu'il présentait auparavant.

Le médicament a dû avoir une action sur le cœur et les vaisseaux plutôt que sur les reins.

M. Huchard a eu occasion d'observer chez une malade des accidents causés par le salicylate de soude. Cette personne étant habituée à l'usage du médicament, il lui prescrivit 6 gr., à prendre en trois fois dans la journée. Elle eut recours à une vieille solution dosée à 2 gr. par cuillerée qui s'était concentrée, et, deux heures après la première cuillerée, présenta de l'angoisse, une anxiété mentale extrême et de violents bourdonnements d'oreille.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Bardet, les accidents peuvent survenir avec des doses très minimes. Dans un cas, un vieillard de 65 à 70 ans ayant absorbé en deux fois dans la journée, à neuf heures du matin et à trois heures du soir, 3 gr. de salicylate, eut des accidents violents : bourdonnements violents, délire actif très intense et aussi oppression. Le rein était cependant intact. Pour M. Bardet, le salicylate de soude doit être administré avec précaution chez le vieillard.

MM. Hallopeau et Bradier ont, dans 12 cas, expérimenté, le diiodoforme dans le traitement du chancre simple. Pour eux le diiodoforme peut être employé au même itre que l'iiodoforme dans le traitement du chancre simple. La guérison a lieu généralement au bout de 8 à 10 jours. Le diiodoforme est bien supporté et ne détermine d'ordinaire ni douleur, ni irritation locale ; il a sur l'iodoforme le grand avantage de ne dégager aucunc odeur à condition d'être conservé dans des flacons bien bouchés, à l'abri de la lumière

Son action peut échouer, comme celle de l'iodoforme, quand il s agit d'un chancre phagédénique. Les applications doivent être renouvelées plusieurs fois par jour, et il est utile de maintenir sur les parties ulcérées du coton hydrophile imprégné du produit. Il a donné de bons résultats dans un cas d'abcès lymphangitique de la verge; on pourrait donc l'essayer dans les suppurations et dans le traitement des plaies justiciables du pansement iodoformé.

Lorsqu'on prend une nourrice chez soi on croit devoir lui donner une grande quantité de viande. C'est là une pratique qui est souvent mauvaise car la nourrice venant habituellement de la campagne, est habituée à une nourriture végétarienne, aussi M. Constantin Paul afin d'éviter l'engraissement exagéré de la femme qui s'accompagne de ladiminution de la quantité et des qualités nutritives du lait a-t-il changé les prescriptions habituelles du régime des nourrices dans la crèche de l'hôpital de la Charité et leur donne-t-il moins de viande plus de farineux et supprime le vin; il a obtenu aussi d'excellents résultats.

— Les transfusions hypodermiques agissent-elles par suggestion? Ce n'est pas l'avis de M. De Fleury pour qui les injections de sérum artificiel concentré relevent constamment la pression artérielle et augmentent le taux de l'urée. Il peut se produire aussi de la surexcitation, une ivresse passagère.

M. Huchard partage l'avis de M. de Fleury et considère les injections hypodermiques de sérum artificiel comme la médication de la nutrition retardante. Elles peuvent ainsi être très utiles dans le collopsus de la fièvre typhoïde et le choc des opérés comme l'a montré M. Segond.

BIBLIOTHÈQUE

—

Dégénérescence, par Max Nordau, traduit de l'allemand par Aug. Dietrich. — (Tome premier : *Fin de siècle, le Mysticisme*, 1 volume in-8° de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, 7 fr. 50. — Félix Alcan, éditeur.)

M. Max Nordau prévoit un grand danger dans l'état d'âme baptisé du nom à la mode, *fin de siècle*, lequel selon lui devrait plutôt porter celui de *fin de race*, et qui caractérise la société des grandes villes.

Les principales causes de ce mal sont : l'abus des matières stupéfiantes et excitantes, la désertion des campagnes, la fatigue cérébrale, etc...

C'est sur ce terrain qu'a poussé l'art nouveau, et c'est à la lumière de ces faits que l'auteur l'étudie. Tel est l'objet de la seconde partie de ce volume, distribuée sous les titres suivants : Psychologie du mysticisme, le Préraphaélisme, le Symbolisme, le Tolstoïsme, le culte de Richard Wagner, la parodie du Mysticisme.

L'auteur n'est pas tendre pour l'école anglaise de peinture des préraphaélistes, ni pour les symbolistes français, mais il s'attaque encore plus résolument à Tolstoï, dans lequel il découvre un dégénéré supérieur, et à Richard Wagner, dont les écrits, suivant Max Nordau, qui est médecin, dénoncent un graphomane, comme l'incohérence des idées et l'érotisme des peintures dénoncent un hystérique ; le musicien n'est d'ailleurs pas plus épargné que l'écrivain.

Les théories de M. Nordau seront discutées : ses jugements pourront être taxés de sévérité excessive, mais nul ne contestera que son livre remarquable est d'une lecture attachante et porte l'empreinte d'une profonde conviction.

Traité d'histologie pratique

par L. Renaut. — 2e fascicule. — Paris, L. Bataille, 1893

Le traité d'histologie que publie M. Renaut est une des œuvres nouvelles qui feront le plus d'honneur à la science française. Ce qui en fait l'originalité et le mérite c'est que l'auteur a accordé une grande importance à l'étude des tissus chez les différents animaux, de telle sorte que son livre serait, mieux nommé *Traité d'anatomie générale.* On ne saurait trop répéter aux médecins que l'homme n'est pas un être isolé dans la nature et que l'anatomie et la pathologie humaine ne sont qu'une branche de l'anatomie et de la pathologie animale. On s'acharne à faire des docteurs en médecine en un temps minimum et il s'ensuit que le médecin, sans connaissances générales, n'est le plus souvent qu'un débitant de consultations quelconques à bas prix.

Le deuxième fascicule du Traité de M. Renaut débute par l'étude de la corde dorsale, cet axe caractéristique du vertébré et que l'on trouve aussi chez les provertébrés, Ascidies et Balanoglossus. Viennent ensuite les chapitres relatifs au squelette fibreux primordial, au tissu cartilagineux et au tissu osseux. L'étude de la structure des os est suivie de l'exposé de l'anatomie pathologique de l'ostéite, du rachitisme, de l'ostéoporose sénile. On ne saurait trop le dire, il est impossible de comprendre la nature de ces processus pathologiques, si l'on n'est pas bien fixé sur la structure de l'os normal et sur son mode de nutrition.

Le reste du fascicule est consacré au tissu musculaire et au tissu vasculaire. Nous recommandons spécialement la lecture des pages relatives à l'étude des cellules lymphatiques interstitielles fixées, des clasmatocystes et des chromoblastes. Il y a là des considérations de physiologie pathologique du plus haut intérêt.

Ajoutons que toutes les figures de M. V. Renaut sont originales et que l'éditeur a donné tous ses soins à la publication ; dans ce temps de production hâtive ce n'est pas là un éloge banal.

COURRIER

—

Faculté de Nancy. — M. le docteur Hecht, professeur de pathologie générale et de pathologie interne est admis à la retraite.

M. le docteur Hanshalter, professeur agrégé, est chargé de la clinique des enfants.

Programme des conférences du congrès de Rome. — Les séances générales seront consacrées à des conférences faites par les sommités médicales. Voici le programme avec les noms des orateurs :

M. Nothnagel (de Vienne) : Adaptation de l'organisme aux altérations pathologiques.

M. Babès (de Bucharest) : Du rôle de l'Etat par rapport aux derniers résultats de l'étude des maladies infectieuses.

M. Bizzorero (de Turin) : Accroissement et régénération de l'organisme.

M. Stokvis (d'Amsterdam) : La clinique dans ses rapports avec la pharmacothérapie et la matière médicale.

M. Virchow (de Berlin) : Morgagni et le concept anatomique.

M. Brouardel (de Paris) : La lutte contre les épidémies.

M. Laache (de Christiania) : L'hypertrophie idiopathique du cœur.

M. Ramon y Cajal (de Madrid) : Morphologie des cellules nerveuses.

M. Jacobi (de New-York) : *Non nocere.*

M. Danilevski (de Saint-Pétersbourg) : Sur l'action biologique du phosphore dans ses combinaisons organiques.

MM. Forster (de Cambridge) et Kocher (de Berne), n'ont pas encore fait connaître le sujet qu'ils ont choisi.

M. Laskowski, professeur à l'Université de Genève, donne un compte rendu fort peu encourageant de la situation des étudiantes en médecine. Durant les 17 années qui viennent de s'écouler, 175 femmes ont été admises à la Faculté de médecine. Sur le total, 50 étaient polonaises, et on n'a pu en suivre que quatre qui ont achevé leurs études : ce que les autres sont devenues, on ne sait.

Sur les 125 autres, dix ont atteint le doctorat, et sur ces dix, une est morte, deux ont abandonné la médecine et se sont mariées, quatre gagnent médiocrement leur vie, et trois réussissent assez bien en clientèle. Pour le reste, pour les 115, on n'a du savoir dans quel bas fond elles ont été sombrer, mais on s'en doute quelque peu. Cela n'est guère encourageant. (*Revue scientifique.*)

Nécrologie. — MM. les docteurs Chapelon (de Toulouse), Chipoliantski (de Commercy), Schweich (de Paris), Thénot (de Mâcon).

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 2ᵉ classe J.-L.-M. Boyer a été promu au grade de médecin de 1ʳᵉ classe dans le corps de santé de la marine (ancienneté).

Ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, au grade de médecin de 2ᵉ classe, MM. F.-J. Le Roux et F.-A. Gary, médecins auxiliaires de 2ᵉ classe de la marine.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

31 janvier 1894.

La question de la réinvestiture

Le bruit court qu'au sein du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, la question de la réinvestiture des médecins et chirurgiens des hôpitaux aurait été soulevée.

L'inexactitude du corps médical, l'indifférence qu'il témoigne dans l'accomplissement de ses devoirs hospitaliers, aurait déterminé un membre, assurément bien intentionné, de ce Conseil, à exhumer de l'arsenal des vieux règlements ce tonnerre un peu usé de la réinvestiture, en en mitigeant toutefois les foudroyants effets par une proposition tendant à porter de 5 à 10 ans la durée de l'investiture.

Nous ne savons quel est l'accueil réservé par l'Administration à cette proposition, ni quelle pourra en être la suite.

Qu'il nous soit permis de protester par avance et contre le sentiment de défiance qui a suggéré une semblable motion et contre le moyen suranné, illogique sinon même illégal, que l'on propose d'employer.

Quand, en 1816, le Conseil général des hospices souleva pour la première fois cette question, le recrutement du corps médical hospitalier ne s'opérait pas comme aujourd'hui uniquement par la voie du concours et si les hôpitaux de Paris à cette époque rappellent les noms des Cabanis, Corvisart, Bichat, Laennec, Broussais, Pinel, Récamier, etc., dont l'exactitude et le dévouement étaient à la hauteur de leur réputation, il pouvait exister d'autres praticiens dont les noms ne nous ont pas été transmis, qui pouvaient donner prise à des observations. D'ailleurs l'autorité du Conseil général, la quasi-dépendance du corps médical étaient conformes au temps, aux institutions, aux idées.

Et cependant il fallut quinze années pour que cette mesure de la réinvestiture, qui ne constituait pas, à vrai dire, dans le sentiment des administrateurs de l'époque, une menace mais un avertissement, fût sanctionnée dans le règlement de 1829.

Certes, ce ne fut pas sans opposition de la part du corps médical qui, tout en reconnaissant la droiture des intentions du Conseil, avait nettement formulé son opinion contre son adoption.

Pendant les vingt années que dura ce règlement, de 1829 à 1849, jamais l'application de la menace de rigueur qu'il comportait ne fut exercée. Est-ce à dire que pendant ce laps de temps le corps médical, tenu en bride par cette crainte ait montré une exactitude, un zèle que l'on n'a plus revu depuis ?

Il n'en est rien. Le zèle et le dévouement de nos devanciers ont été ce que sont notre exactitude, notre zèle, notre dévouement, et il est un souvenir suggestif, au point de l'inanité de cette investiture, resté dans la mémoire des vieux praticiens hospitaliers, celle des luttes soutenues à cet égard par

le Conseil général et l'un de nos éminents prédécesseurs, Tardieu, je crois, longuement menacé à cause de son inexactitude et... réinvesti quand même.

La réinvestiture décennale, dit-on? Si c'est une arme, elle est d'avance émoussée par une telle durée. A qui donc peut-elle servir, à moins qu'on ait eu pour unique but de porter une atteinte gratuite à la dignité professionnelle des médecins des hôpitaux et de mettre aux mains des gouvernants futurs un arbitraire moyen de juger les opinions ?

La loi de 1849 a si bien changé la face des choses que, depuis cette date la réinvestiture a été rejoindre les neiges d'antan.

Investi par le concours au prix de travaux et d'efforts peu communs, le corps médical garanti par la loi organique de l'Assistance publique, ne comprendrait pas que, sous couleur de réformes hospitalières, on voulut porter atteinte à un état de choses qui fait sa dignité et son indépendance.

Luxation ancienne de l'épaule. — Réduction avec les moufles d'Hennequin

Par le docteur Ed. SCHWARTZ, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé
à la Faculté de médecine

Nous avons examiné il y a quelques jours un malade, Ch. P. âgé de 66 ans et qui est entré dans notre service le 21 octobre pour une lésion de l'épaule gauche qui date déjà d'un mois et qui n'a encore été soumise à aucun examen médical. Ce brave homme, s'est en effet contenté après une chute qu'il a faite dans son escalier de demander l'avis d'une personne incompétente qui lui a conseillé des frictions avec de l'alcool camphré.

Il suffit de le regarder, lorsqu'il est déshabillé, pour poser le diagnostic de luxation de l'épaule.

L'on constate en effet, à l'inspection que le moignon de l'épaule est applati en épaulette, que le coude est écarté du tronc, que l'axe du bras est dévié de sa direction normale et passe plus en dedans que du côté sain.

La palpation permet de reconnaître à travers des parties molles peu épaisses et même atrophiées, que la tête de l'humérus n'est pas à sa place ; il existe un vide sous l'acromion, on la trouve en dedans immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde qui semble la diviser en deux parties à peu près égales. La palpation de l'aisselle nous la fait découvrir quand on essaie d'écarter le bras du tronc, ce qui cause de vives douleurs au blessé.

Pas de signes de paralysie de la main, pas de paralysie de la sensibilité du moignon de l'épaule, pas de diminution des pulsations de la radiale.

L'impotence fonctionnelle est complète. Le malade ne peut se servir de son bras gauche ; il peut fléchir l'avant-bras sur le bras, la main et les doigts sur l'avant-bras ; mais il lui est impossible de mouvoir l'épaule et surtout de faire le moindre mouvement d'abduction et de rotation.

J'insiste auprès de vous, sur la nécessité de constater, toutes les fois que vous aurez à faire à une luxation récente et à plus forte raison à une lésion ancienne, l'intégrité des mouvements de l'avant-bras, de la main, la sensibilité du moignon de l'épaule, pour que l'on ne mette pas sur le compte de la réduction, des accidents dus à la lésion traumatique elle-même.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic, comme je l'ai dit, est facile. Il s'agit, d'une luxation de l'épaule sous-coracoïdienne et qui n'a encore été l'objet d'au-

cune tentative de réduction; nous ne pouvons donc dire qu'elle est irréductible mais nous devons prévoir qu'elle sera difficile à réduire.

Cet homme, a en effet, attendu tout un mois, avant de venir nous trouver et ce temps est suffisant pour amener du côté des parties molles lésées, des modifications telles que la réduction ne se présente plus du tout dans les conditions ordinaires de réussite.

Néanmoins, comme la luxation n'a pas encore été touchée, j'ai pensé qu'il fallait tenter de la réduire par les procédés de douceur, quitte à employer en cas d'insuccès très probable, les procédés plus énergiques.

Nous avons donc essayé sur notre blessé le procédé de Kocher, qui a échoué malgré deux tentatives répétées à deux jours d'intervalle. Quoiqu'infructueux au point de vue de la cure du déplacement, ces essais nous ont montré, par la difficulté que nous avons eue à mouvoir la tête, que nous aurions probablement besoin d'avoir recours non seulement au chloroforme, mais encore à des tractions et manœuvres beaucoup plus violentes pour arriver à un résultat.

Ils ont eu l'avantage en outre de mobiliser légèrement la tête et de préparer à ces dernières.

Nous avons donc prié notre excellent confrère, le docteur Hennequin, de venir nous prêter son concours et son appareil, dans le cas où le chloroforme seul, aidé des manœuvres ordinaires en pareil cas, ne nous suffirait pas.

Le 28 octobre, le blessé est endormi et une fois la résolution obtenue, nous essayons la réduction après avois fait exécuter au bras des mouvements limités d'abduction, d'adduction, de rotation en dehors et en dedans.

Nous constatons que la tête ne descend pas vers la cavité glenoïde, qu'elle reste logée, malgré les tractions légères et les mouvements, sous l'apophyse coracoïde. Nous avons bien rompu quelques brides, mais cela n'est pas suffisant pour amener la réintégration dans la cavité articulaire.

Nous appliquons alors l'appareil d'Hennequin qui se compose de mouffles reliées entre elles par une bande; l'une d'elle porte une manivelle qui permet de les rapprocher peu à peu et graduellement; elles sont fixées d'un côté à un appui solide dans le mur, de l'autre à un dynamomètre qui est lui-même relié au lien qui tire sur le bras par un appareil de déclanchement qui n'est autre que celui du fusil ordinaire. Pour bien maintenir le lien sur lequel on va tirer, il faut, après avoir plié l'avant-bras sur le bras, appliquer la sangle munie du crochet auquel se fixe la traction, sur la partie inférieure du bras, à l'aide de tours d'une bande, autant que possible très solide et mouillée. Cela permet de serrer fortement et de ne pas voir glisser les circulaires sous l'influence de l'extension.

Une courroie rembourée, sous forme de coussin allongé, est passée sous l'aisselle correspondante pour faire la contre-extension; elle est fixée à un piton solidement maintenu. Une fois la contre-extension bien établie, l'extension est faite de telle sorte qu'elle s'exerce directement en bas et légèrement en dehors.

Un aide se tient au niveau des mouffles, et du déclancheur à gâchette et augmente peu à peu la traction dont l'intensité est mesurée par le dynamomètre. Quand elle est arrivée à un certain degré, le chirurgien placé à côté du patient fait exécuter au bras luxé et tiré des mouvements de rota-

tion en dehors, en dedans, d'abduction et d'adduction destinés à mobiliser de plus en plus la tête et à rompre les adhérences. Quand ces manœuvres paraissent suffisantes; une serviette est passée en anse au niveau de l'aisselle et sert à tirer en dehors la tête de l'humérus ; elle est confiée à un aide, tandis que le chirurgien saisissant le bras, commande le déclanchement et fait un brusque mouvement d'adduction et de rotation en dedans accompagné d'un mouvement de totalité en dehors produit par l'aide susdit.

Si la tête ne rentre pas après une ou deux manœuvres ainsi exécutées, notre confrère, le docteur Hennequin, en conseille une qui lui a parfaitement réussi six à sept fois déjà; la traction est exercée non en bas et en dehors, mais de plus en plus en dedans, de façon à croiser l'axe du corps.

Nous avons commencé par la première série chez notre blessé ; la luxation a résisté à deux tentatives faites dans ces conditions, malgré une traction de 80 à 90 kilogrammes, largement suffisante, en général, pour les luxations du membre supérieur.

Nous avons alors, avec le concours de notre confrère, exécuté la traction en dedans avec rotation en dedans. et rapidement la luxation a été réduite, ce qui nous a été démontré par la reformation du moignon de l'épaule et par ce fait que le méplat sous-acromial a complètement disparu.

La luxation réduite et l'appareil enlevé, il s'agit encore de la maintenir ; rien ne vaut dans ce but la ouate entourant complètement le thorax, sur lequel on applique le membre réduit, de façon à ce que la main vienne embrasser le moignon de l'épaule opposée ; on le tient fixé dans cette situation par de nouveaux tours d'ouate et une bande de tarlatane non désapprêtée et mouillée, qui formera cuirasse une fois qu'elle aura séché.

Combien de temps faut-il la laisser? Une quinzaine est suffisante pour que la luxation n'ait plus de tendance à se reproduire et pour que l'on puisse commencer à faire des mouvements passifs et du massage destinés à rendre à l'article ses fonctions.

A cet égard, le pronostic chez notre homme de 66 ans, n'est guère favorable Quoique la luxuation ait été relativement récente, puisqu'elle ne datait que d'un mois, la difficulté qu'il y a eu à la réduire, l'âge, et de plus ce fait, que même dans de bonnes conditions, les fonctions reviennent très rarement dans leur intégrité après la réduction d'une luxation ancienne ; tout cela ne nous fait pas bien augurer de la restitution complète des mouvements.

Presque toujours les mouvements d'élévation et d'abduction du bras restent incomplets, et c'était précisément le cas chez un jeune homme atteint d'une luxation ancienne de l'épaule, datant de trois mois et auquel, de concert encore avec notre confrère Hennequin, nous réduisions sa luxation, il y a de cela quatre ans. Nous avons eu l'occasion de le voir deux ans après et malgré les massages, les douches, les frictions, les mouvements passifs, le membre présentait une limitation assez grande de l'abduction, compensée, il est vrai, par les mouvements de l'omoplate et de la clavicule.

Quoiqu'il en soit, notre homme sera massé, mobilisé dès le 15e jour, et s'il ne recouvre pas la totalité de la fonction, nous espérons bien néanmoins lui en rendre assez pour que de ce bras gauche, grâce à la suppléance des

articulations de l'omoplate et de la clavicule, il puisse encore tirer un bon usage.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1894 — Présidence de M. ROCHARD

M. LE DENTU lit un rapport sur un travail de M. le professeur Mossé (de Toulouse), intitulé :

Nouvelles recherches sur la production d'une greffe osseuse hétéroplastique après la trépanation

Les expériences d'Adam Kiewicz et de M. Mossé paraissent démontrer que, chez les animaux, les réimplantations et transplantations osseuses aseptiques de rondelles empruntées au crâne peuvent être suivies de succès, en ce sens que les portions réimplantées et transplantées continuent à vivre et se fusionnent partiellement ou complètement avec l'os récepteur. Elles deviennent des greffes proprement dites ; mais ce résultat, incertain du reste, doit-il être recherché chez l'homme ?

M. Le Dentu ne le croit pas, il a préconisé depuis longtemps des implantations d'os décalcifié qui offrent simplement un substratum temporaire aux ossifications nouvelles, tout en rétablissant immédiatement la forme des parties.

Aux membres et dans les foyers aseptiques, cette pratique a fourni à M. Le Dentu de bons résultats, mais il n'a jamais eu l'idée de l'appliquer aux pertes de substance du crâne. C'est qu'ici il y a une indication qui domine tout, c'est de ne pas obstruer les orifices de trépanation, de faciliter l'écoulement des liquides au dehors. L'obstruction complète de la brèche pourrait avoir de tels inconvénients qu'il est infiniment préférable de ne pas s'y exposer. L'objection atteint non pas seulement les tentatives de greffe ostéophytique, mais d'une façon générale la réimplantation de la rondelle crânienne quel que soit le procédé suivi.

Il n'y a pas de grave inconvénient à laisser la brèche se combler d'elle-même, si ce résultat n'est pas empêché par l'étendue de la lésion ou l'âge des opérés. Si le sujet est jeune des ossifications nouvelles se produisent, s'il est âgé les réimplantations et les greffes n'ont plus chance de réussir.

M. Mossé ne s'est du reste placé qu'au point de vue physiologique et il a démontré la réalité des greffes par réimplantation et par transplantation.

M. LABORDE communique une observation de traction rythmée de la langue dans l'asphyxie et la mort apparente à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires. C'est un nouveau succès à l'actif de la méthode.

M. le Dr LANCEREAUX lit un rapport sur :

Un traitement de la tuberculose

Par M. le docteur Caravias.

Le Dr S. Caravias partant de ce fait que les animaux tels que le chien et la chèvre peu prédisposés à la phthisie, présentent de l'acide succinique dans l'urine, pensa qu'il pouvait y avoir avantage à traiter les tuberculeux par des substances succinigènes. A cet effet, il soumit dans le service de M. Lancereaux un certain nombre de malades à l'usage de la viande crue, 200 à 300 grammes par jour, du bimalate de chaux,

de l'acide benzoïque, de la pepsine, des légumes verts et au bout d'un certain temps on put constater une amélioration sensible, et espérer une guérison.

Il restait à savoir si ces substances donnaient lieu au passage de l'acide succinique dans l'urine. M. Couturieux est arrivé à découvrir dans l'urine des malades et l'acide qui, comme on le sait est un agent antiseptique.

— M. le Président fait une communication relative à la

Diminution de la fièvre typhoïde à Paris.

La statistique publiée par la ville de Paris prouve que la mortalité par fièvre typhoïde s'abaisse d'année en année.

En 1880 cette maladie a causé 2,120 décès, en 1886, 1,035 et en 1893, 633. Si l'on compare le total des cas de mort de 1880 à 1886 à celui de 1887 à 1893, on trouve pour le premier 13,705 décès, et pour le second 6,044. Le chiffre dans la première période est supérieur de plus de la moitié à celui de la seconde, et cependant la population de Paris a notablement augmenté. Ce fait est d'antant plus remarquable que la période de décroissance succède à une période d'accroissement. Actuellement, la mortalité est d'un tiers moindre que celle de 1869.

Dans cette dernière année, la mortalité par fièvre typhoïde a été de 53,4 pour 100,000 habitants. En 1882, année d'épidémie, elle a été de 147 pour 100,000 habitants, et en 1893, de 25,7 seulement.

Les causes de la diminution de la mortalité sont évidentes. Elles tiennent toutes aux progrès de l'hygiène, à l'assainissement progressif de la grande ville.

Il faut noter en première ligne la distribution plus large d'une eau de meilleure qualité. En 1869, la ville n'avait encore pour boisson que l'eau de l'Ourcq, de la Seine, de la Marne, l'eau d'Arcueil, celle du puits artésien, et les 20,000 mètres cubes d'eau de la Dhuys introduis à Paris par Belgrand un an auparavant. Ce n'est qu'en 1874 qu'il y a fait entrer les 120,000 mètres cubes d'eau de la Vanne. Depuis 1882 on a fourni de l'eau de source aux casernes. aux hôpitaux, qui ne buvaient que de l'eau de rivière. On a habitué les populations à se défier de l'eau de rivière et à la faire bouillir ou à la filtrer.

Depuis le printemps dernier, l'admission des sources de l'Arve a permis de disposer de 120,000 mètres cubes d'eau de plus. Maintenant la ville possède assez d'eau de source pour faire face à tous les besoins. L'année prochaine la quantité d'eau de source à distribuer à la population sera de 122 litres par jour et par tête ; si l'on ajoute l'eau de rivière on aura 300 litres par tête.

La salubrité des habitations est devenue beaucoup plus grande et la commission des logements insalubres a obtenu d'importants résultats. Elle a fait raser la cité des Kroumirs, fermer le clos Macquart, etc., on a rasé la moitié de la rue Sainte-Marguerite, et la dépense de ce chef s'est montée à 2,956,500 francs.

L'inspection sanitaire des logements garnis a produit également des résultats très avantageux.

Il reste encore comme cause d'insalubrité, l'infection de la Seine, la ceinture des dépotoirs suburbains et le mauvais système de vidanges. La ville a l'intention de faire disparaître les dernières causes d'insalubrité et, dans cinq ans, lorsque les travaux seront faits, la fièvre typhoïde diminuera d'une façon encore plus sensible.

— M. A Béchamp fait une communication intitulée : Sur la caséine, le phosphore organique de la caséine et l'état des phosphates insolubles dans le lait de vache.

MÉDECINE NAVALE

Du rétablissement de l'Inspection générale

Huit ans se sont écoulés depuis qu'un ministre de la Marine, en proie à de mauvais conseillers, signalait son arrivée au pouvoir par des mesures dont on ne savait ce qu'il en fallait déplorer le plus : l'arbitraire, la brutalité ou le danger. L'une de ces fantaisies coûta au corps de santé de la marine, sans compter le reste, la perte du grade d'Inspecteur général. Le temps qui a passé sur ce déplorable amoindrissement d'un corps que sa valeur et ses services semblaient avoir fait digne de plus de bienveillance, et dont un amiral a pu dire à la tribune française qu'il était « le corps vraiment combattant » de la Marine, permet de parler aujourd'hui de cette question sans aigreur ni partialité, d'en envisager sainement les conséquences et de demander qu'on veuille bien enfin réparer le grave préjudice qui en est résulté.

I

On n'a jamais dit, et pour cause, les raisons qui ont fait supprimer l'Inspection générale du corps de santé. Ceux qui ont commis cet acte et ceux qui l'ont suggéré ont obéi à des considérations où l'intérêt du service et la logique n'avaient rien à voir. Le ministre n'éprouva point, au moment de décider cette suppression, les scrupules à l'abri desquels plusieurs de ses successeurs se sont retranchés pour ne pas rétablir l'ancien grade. L'avis du conseil d'amirauté était le moindre de ses soucis.

Un jour, sous prétexte d'abaissement de la limite d'âge, le titulaire du grade (on sait avec quel éclat il l'occupait et comment il est encore l'honneur de ceux dont il fut le chef) était soudainement mis à la retraite. Aucun successeur ne lui fut donné et le nouvel état de choses se trouva constitué. Il n'y a plus eu à Paris qu'un Directeur, d'un grade égal aux Directeurs des Ports, choisi parmi eux par le ministre, révocable par lui, c'est-à-dire susceptible d'être renvoyé dans un port le jour où il cesserait d'être *persona grata*.

Ainsi non seulement l'autorité du représentant du corps médical se trouvait diminuée de toute celle qui s'attachait à la supériorité du grade, mais l'insécurité, l'instabilité possible de la nouvelle situation opposée à l'inamovibilité que conférait le grade d'Inspecteur était une entrave à l'exercice libre et indépendant de cette autorité.

En outre disparurent avec l'Inspection les attributions qui y étaient afférentes. Si réduites qu'elles eussent toujours été en ce qui concerne l'administration du Corps, elles n'en avaient pas moins une grande importance au point de vue de la direction technique. Aucune des questions intéressant le corps de santé de la marine n'était traitée et ne recevait de solution sans que l'Inspecteur général eût été consulté et entendu. Son influence était capitale, elle se faisait heureusement sentir en tout ; les améliorations nombreuses successivement apportées à la situation des médecins depuis Keraudren, le premier titulaire du grade, sont là pour en témoigner.

Les Directeurs par qui on l'a remplacé ont naturellement perdu ces attributions. Ils sont réduits au rôle très modeste de « Président du Conseil supérieur de santé, » tel est du reste leur titre officiel. Les fonctions qui leur sont dévolues, si l'on en excepte l'examen des dossiers de pension de retraite pour infirmités contractées ou décès survenus en service, sont de beaucoup moins importantes que celles des Directeurs du service de santé dans les ports et c'est une étrange anomalie que de voir dénommer « supérieur » un conseil composé des mêmes unités hiérarchiques que ceux des ports avec lesquels il présente une seule différence, à savoir que ces unités y sont moins nombreuses.

Dans de pareilles conditions le rôle des directeurs à Paris, leur influence sur la marche et l'avenir de leur corps sont nuls. Tout ce qui touche aux intérêts vitaux de eurs subordonnés se fait sans eux, et en dehors d'eux. On pourrait citer des promotions faites sans qu'ils en aient eu connaissance et qu'ils apprenaient, comme des étrangers, par la lecture du *Journal officiel.* On croira peut-être difficilement que les documents statistiques, les états décadaires concernant la situation sanitaire des arsenaux et de la flotte ne leur sont point adressés et qu'ils ne les voient point. Il va sans dire que leur autorité sur leurs collègues des ports, qui peuvent avoir plus d'ancienneté de grade qu'eux-mêmes, ne saurait être admise ni reconnue et, par conséquent, qu'aucun contrôle technique ne pourrait leur être confié à cet égard. Qu'une circonstance d'épidémie, par exemple, vienne à se présenter dans une ville où existent des établissements de la marine, et que le ministre les y envoie en mission, n'est-il pas évident qu'ils ne peuvent, en réalité, y faire autre chose que recueillir des renseignements, que jouer le rôle de commissaire enquêteur, parce que pour aller au delà il leur manque la supériorité hiérarchique et l'autorité morale que le grade donne, à défaut d'autres titres.

II

Est-il besoin d'insister pour faire toucher du doigt l'étrangeté d'une pareille situation dans un corps militaire et quels fâcheux résultats elle ne peut manquer d'amener? Ils sont déjà bien marqués. Les hommes assez avancés dans la vie pour avoir connu l'ancien corps de santé et le comparer au nouveau savent là-dessus à quoi s'en tenir. La ruine des écoles, le démembrement et la scission du corps, l'abaissement des situations, une sorte d'anarchie qui place, dans les divisions navales, des médecins d'un certain grade sous les ordres de médecins du même grade moins anciens qu'eux, le découragement poussé jusqu'à l'abandon du travail (1), tels sont les effets produits par la décapitation du corps de santé. Ils étaient faciles à prévoir. Les esprits sages les ont prédits, sans y avoir eu, d'ailleurs, plus de mérite qu'on en aurait à déclarer aujourd'hui que ces malheureux résultats ne peuvent que s'accentuer encore.

A toutes les époques, l'inertie où le manque d'impulsion qui laisse ainsi languir tout un corps d'officiers, passerait à bon droit pour profondément pernicieuse. Les circonstances actuelles la rendent deux fois regrettable. De la rénovation complète et rapide qu'ont subi les bâtiments de guerre, des types nouveaux, étranges, compliqués à l'excès, sont sortis qui ont modifié les conditions relativement simples et bien connues de l'hygiène navale et du service médical des anciens navires de combat. C'est le moment où tout est à étudier, à reprendre en sous œuvre, à refondre d'un bout à l'autre. C'est le moment où les travaux sérieux devraient se multiplier, d'où sortiraient des règles, une doctrine, une ligne de conduite. Mais pour cela il faudrait un point d'appui qui manque, un encouragement qui fait défaut ; il faudrait la certitude que les travaux produits ne sont pas uniquement destinés à grossir des cartons éternellement fermés ; il faudrait que les médecins de la marine fussent assurés de trouver pour leurs études autre chose qu'un dédain poli. Ils ne trouveront cela qu'à condition d'avoir de nouveau un chef suprême sorti de leurs rangs, qui soit à la fois leur chef hiérarchique et technique. En vain un chef d'état-major d'escadre dira : « Le directeur du service de santé de l'escadre ?... c'est moi ! », en vain, même, un directeur du personnel au ministère affirmera « l'inspecteur général du corps de santé ?... c'est moi ! » Si ancrés qu'on ait au cœur les sentiments de la plus rigide discipline, on reste incrédule, méfiant, et le plus solide respect ne peut se défendre d'un sourire.

(1) Il en est une preuve triviale mais frappante. Les libraires des ports de guerre se plaignent amèrement de vendre environ dix fois moins d'ouvrages de médecine qu'avant l'organisation de 1886.

La vérité est que le corps de santé se meurt dans le marasme, qu'il s'enlise dans une indifférence découragée et que le seul remède à une situation que rien ne justifie et à laquelle de sérieuses raisons commandent de mettre un terme, est le rétablissement d'un inspecteur général dont les attributions soient assez largement comprises pour qu'il puisse galvaniser ce moribond et mettre en valeur, pour le profit de tous, ses grandes et réelles qualités.

REVUE DE LA PRESSE PROVINCIALE

Le gallobromol. — Ascite curable dans le cancer du péritoine. — Un nouveau symptôme de la dilatation de l'aorte. — Médiastinite antérieure.

Le *gallobromol* ou acide dibromogallique a été étudié en détail par MM. Cazeneuve et S. Rollet. Il se présente sous la forme de petites aiguilles blanches dont 1 gramme est soluble dans 10 grammes d'eau tiède; la solution s'altère au contact de l'air au bout de huit à dix jours.

M. Lépine a donné le gallobromol par l'estomac aux doses de 10 à 15 grammes et il lui reconnait une action un peu analogue à celle du bromure de potassium.

MM. Cazeneuve et Rollet ont traité un certain nombre de blennorrhagies par le gallobromol. Deux fois le traitement a pu être appliqué dès le début (dans un des cas seulement le gonocoque avait été constaté); ces deux uréthrites ont avorté l'une par des injections d'une solution à 1/10 un peu douloureuse, l'autre par une solution à 1/50.

Les blennorrhagiques à la période d'état ont été traités tantôt par des lavages faits avec un demi-litre d'une solution à 1/100 ou 1/50, deux fois par jour, tantôt par des injections avec une seringue ordinaire quatre à cinq fois par jour. Les injections sont très bien supportées, calment les douleurs et font cesser ou diminuent beaucoup les érections. Chez tous les malades, l'écoulement diminue dès les premières injections pour s'arrêter ensuite après quelques jours ou demeurer stationnaire. Chez ces derniers, on doit faire un traitement supplémentaire avec des injections de sulfate de zinc et de tannin.

Les blennorrhagies chroniques cèdent, en général, rapidement aux injections et surtout aux instillations de gallobromol dans l'urèthre postérieur. D'autres guérissent lentement. Pour les instillations on se servira de la solution à 1/50.

M. Sallès a observer deux cas d'*ascite curable au cours du cancer du péritoine.* Un homme de 76 ans voit survenir un développement progressif de son ventre sans troubles digestifs. On constate une ascite avec ses signes classiques. Celle-ci disparait après un mois et l'on ne peut trouver aucune tumeur ou hypertrophie du foie ou de la rate. Un an après, le malade présente de l'anorexie absolue, de la cachexie et meurt dans le collapsus sans qu'on puisse rien constater dans l'examen de l'abdomen. A l'autopsie on découvrira une carcinose généralisée ; il n'y avait pas de liquide ascitique.

La deuxième observation a trait à un homme de 40 ans, chez lequel il est survenu de l'ascite qui n'a été précédée ni accompagnée d'aucun phénomène. L'ascite disparut après deux mois. A la suite il se forma une pleurésie avec épanchement abondant, deux litres et demi de liquide citrin et coagulable. Le foie avait augmenté de volume et une laparotomie exploratrice montra une carcinose du foie et du péritoine.

M. Lépine a recueilli deux observations de syphilis cérébrale curieuses à des titres divers.

Dans la première, il s'agit d'un cas de syphilis cérébrale avec céphalée intense, où le mercure semble avoir aggravé les symptômes qui ont, au contraire, cédé rapidement à usage de l'iodure de potassium.

Le malade était un ancien syphilitique âgé de 40 ans, qui, après plusieurs semaines de céphalée, fut atteint d'une hémiplégie droite avec aphasie. Pendant huit jours on pratiqua des frictions mercurielles, la céphalée augmenta et les paralysies persistèrent. On cessa le mercure et on donna 4 grammes d'iodure. Dans les premiers jours, la céphalée diminua et, en peu de temps, disparut avec l'hémiplégie et l'aphasie. Le malade n'a pu être suggestionné, il ne prenait pas le mercure avec répugnance, et on l'employait a dose suffisante, puisqu'il y a eu de la salivation.

Il s'agit donc bien d'un cas où le mercure a aggravé les symptômes, tandis que l'iodure a amené la guérison. C'est une raison de plus pour préconiser dans de telles circonstances, soit le traitement mixte, soit seulement l'iodure de potassium.

Pour le professeur Fournier, l'épilepsie parasyphilitique est justiciable seulement du bromure, ni le mercure ni l'iodure n'ont d'action contre elle. M. Lépine a cependant vu l'iodure à hautes doses réussir très bien dans un cas de ce genre.

En réalité, il y a une foule de degrés de transitions entre l'épilepsie qui survient chez un syphilitique et qui est, en réalité, justiciable de l'iodure, et celle qui échappe à son action et n'est influencée que par le bromure.

M. Regaud a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon,, un malade âgé de 80 ans, qui est atteint d'athérôme généralisé avec aortite chronique et dilatation considérable de la crosse; le myocarde est affaibli. Si on ausculte le malade couché on entend, à partir du bord gauche du sternum, ayant son maximum à droite de cet os et allant en s'affaiblissant vers l'aisselle droite, un bruit singulier comparable à un fort râle crépitant.

Il s'agit bien là d'un bruit intra-thoracique, mais extra-pulmonaire ; il est indépendant de la respiration et manifestement en rapport avec les mouvements cardiaques. On ne l'entend pas dans la position verticale. Il s'exagère après les efforts physiques et pendant le cours des bronchites contractées par le malade. Il est occasionné par les mouvements de frottement de l'aorte thoracique considérablement dilaté. Mais il est plus difficile d'expliquer son caractère bullaire. M. Renaut pense que ce bruit est produit par un mécanisme analogue à celui que MM. Chauveau et Boudet ont admis pour expliquer le râle crépitant de la pneumonie. Le médiastin, devenu scléreux et bon conducteur du son, transmettrait à l'oreille les frottements d'une aorte dilatée et athéromateuse..

M. Moussous a observé, pendant près d'un an, un enfant de treize ans qui avait été conduit dans son service pour une asystolie des plus nettes et qui, après différentes périodes d'amélioration, finit par succomber. L'exploration pratiquée dans les meilleures conditions a toujours donné les mêmes résultats : légère voussure de la région précordiale ; mouvements ondulatoires rythmiques de la paroi thoracique consistant en une dépression des 3e, 4e et 5e espaces intercostaux, se produisant pendant la systole; dépression immédiatement suivie d'un soulèvement, d'un ressaut diastolique ; battements de la pointe assez nettement perçus dans le 5e espace à trois travers de doigt au-dessous du mamelon, juste en dedans de la ligne mamelonnaire; matité cardiaque absolue, augmentée d'étendue, mais très difficile à séparer de la zone de submatité également accrue ; souffle systolique très net en jet de vapeur, à maximum vers la pointe du cœur, se propageant dans la ligne axillaire, perceptible dans toute la région dorsale.

Le malade avait eu trois attaques de rhumatisme articulaire depuis l'âge de 12 ans.

Le diagnostic porté fut : insuffisance mitrale avec symphyse cardiaque.

L'insuffisance mitrale fut vérifiée à l'autopsie, mais il n'existait pas de symphyse

cardiaque. Cependant, il y avait des adhérences anormales du bord antérieur du poumon gauche avec le péricarde d'une part, avec la paroi thoracique de l'autre.

Cette observation montre que la dépression systolique intercostale peut être due à la médiastinite antérieure seule.

BIBLIOTHÈQUE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie

Compte rendu, service des enfants de Bicêtre pour 1892. (Vol. XVII, 1893). Par Bourneville et MM. Dauriac, Ferrier et Noir. — Aux bureaux du *Progrès médical* et chez F. Alcan, éditeur.

Dans la première partie du volume on trouve exposées les améliorations qui ont été réalisées dans le service, relativement à l'éducation physique et morale des enfants arriérés et idiots. Les efforts de M. Bourneville dans ce sens ont été suivis des plus heureux résultats et le problème qu'il s'est posé et vers la résolution duquel il marche chaque jour est digne de l'attention de tous les praticiens.

On lira avec intérêt une série d'observations se rapportant aux scléroses cérébrales et aux encéphalites de l'enfance ; le grand nombre des cas qui ont été recueillis a permis de montrer les différents types cliniques de ces affections. Signalons particulièrement une observation de parencéphalie vraie, une d'idiotie avec tics multiples, une d'imbécilité avec hémiplégie et athétose symptomatique d'atrophie cérébrale suivie pendant dix ans.

On ne peut que féliciter M. Bourneville d'avoir pris l'excellente habitude de publier tous les ans les annales de son service. Il est regrettable que son exemple n'ait pas été suivi.

COURRIER

Incident de concours. — Le jury de l'externat a failli donner sa démission en masse. Voici les faits qui ont été sur le point de déterminer cette décision.

On sait que les deux concours de l'internat et de l'externat poursuivent leurs épreuves parallèlement en occupant alternativement le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique. Lundi dernier, on fit savoir au président de l'externat que le jury de l'internat avait décidé d'occuper ce local le mardi à quatre heures, jour désigné par leurs juges aux candidats à l'externat, et même que le directeur de l'Assistance avait approuvé cette décision.

Devant une pareille conduite, le président de l'externat donna sa démission. L'administration, comprenant l'erreur commise, prit ses dispositions et l'épreuve eut lieu comme précédemment. C'est ce qui explique l'avis adressé, mardi 30 janvier au matin, dans tous les hôpitaux et annonçant que la prochaine épreuve de l'internat aurait lieu mercredi matin.

École de médecine de Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 12 juillet 1894, devant l'Ecole de médecine de Nantes, pour un emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite Ecole.

Ecole de médecine de Caen. — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la

Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Caen.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour un emploi de chef de clinique médicale et un concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale s'ouvriront le 4 juin 1894, à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. Sont admis à concourir, les docteurs en médecine français et les étudiants en médecine ayant passé avec succès leur cinquième examen de doctorat, à la condition d'être docteur dans les six mois.

Le registre d'inscriptions sera clos quinze jours avant l'examen.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 27 janvier 1894, ont été nommés *officiers d'Académie* : MM. les docteurs Armirail (de Courbevoie); Guiot (de Caen); Jégun (de Gondrin); Lorey et Gaston Lyon (de Paris); Montprofit (d'Angers); Renaudin (de Pagny); Sigaud (de Chambéry), Tucoulat (de Bayonne).

— Les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes désignées ci-après, qui se sont signalées par leur dévouement au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi en France et en Tunisie, dans le courant de l'année 1893.

Médailles d'or: M. Baylac, interne des hôpitaux de Toulouse; M. Chachereau, de Nantes; M. Donnezan, à Perpignan; M. Massot, de Perpignan.

Rappels de médailles d'or: M. Massine, à Thuir; M. Peyronnet, de Carcassonne; M. Pradel, à Prades; M. Vaysse, de Limoux (Aude).

Titulaires de médailles d'or à l'occasion du choléra de 1884.

Médailles de vermeil : M. Plantard de Chantenay; M. Rapin, de Nantes.

Médailles d'argent : M. Cassoute, interne des hôpitaux de Marseille; M. Ecoiffier, de Thuir (Pyrénées-Orientales); M. Fabres, à Riversaltes; M. Fines, à Perpignan; M. Labour, interne des hôpitaux à Nantes; M. de Lamer, à Perpignan; M. Marie, à Prades; M. Pichart, interne des hôpitaux, à Nantes; M. Priouzeau, interne des hôpitaux, à Nantes; M. Escalier, à Alais.

Médailles de bronze : M. Batlle, à Perpignan; M. Berjoan, à Vinça; M. Chapon, à Alais; M. Chevalier, à Alais; M. Llopet, au Soler; M. Massina, à Vernet-les Bains; M. Traby, à Olettes; M. Jalesky, à Alais; M. Jaubert, à Perpignan.

Mentions honorables : M. Baillo, élève en médecine de la Faculté de Montpellier, à Thuir; M. Fabre, de Perpignan; M. Malpas, à Perpignan; M. Montoya, à Perpignan; M. Pons, à Ille-sur-Tet.

Tunisie. — *Médaille d'or* : M. Delaborde, aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Gafsa.

Médailles de vermeill : M. Austric, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Gafsa; M. Courtet, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis; M. Provendier, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance très occupée, mercredi dernier, à laquelle on remarquait une nombreuse assistance. Elle a presque tout entière été occupée par la suite du débat sur *le traitement du prolapsus utérin.* Mais avant de donner la parole aux orateurs inscrits, M. le Président à propos du procès-verbal, a invité M. le professeur Le Dentu à occuper la tribune pour présenter quelques remarques au sujet de la dernière communication de M. Tuffier sur la *néphrolithotomie.*

Le chirurgien de Necker commence par reproduire les paroles mêmes de M. Tuffier, tendant à établir que c'est à partir de ses travaux que cette opération a été réglée. Il prouve ensuite que bien avant les expériences de M. Tuffier, en 1888, il avait pour sa part montré que la suture du parenchyme rénal était possible et que l'incision du rein devait être faite sur le bord convexe de l'organe. Les observations de deux malades ainsi opérées ont du reste été consignées dans son traité des maladies du rein et ont fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine. En somme, dit M. Le Dentu, si M. Tuffier est arrivé par la voie expérimentale chez les chiens, aux conclusions qu'il donnait dans la dernière séance, lui, auparavant, avait démontré chez l'homme la possibilité de la néphrolithotomie et l'efficacité des sutures.

Ce petit incident est immédiatement clos et M. Bouilly monte à la tribune pour donner son avis sur la thérapeutique du *prolapsus utérin.* Il n'a aucune expérience de l'hystérectomie vaginale dans ces cas ; il ne l'a faite, très simplement du reste, qu'une fois et par surpise, ayant ouvert le cul-de-sac postérieur dans une amputation supra-vaginale du col ; mais il n'en est pas partisan.

Partant de la pathogénie pour pouvoir arriver au traitement, il rappelle que, sauf les cas exceptionnels, dans lesquels il y a complication de fibromes, de salpingites, etc..., les prolapsus génitaux sont la plupart du temps causés par la descente des parois vaginales. Ce qui le démontre, c'est que souvent il y a rectocèle et cystocèle avant hernie de l'utérus. Il ne faut pas non plus oublier qu'une hypertrophie sus ou sous-vaginale du col peut venir se greffer sur les autres lésions. Il y a donc là des altérations multiples qui réclament chacune leur opération ; et si ces opérations réparatrices sont *bien exécutées*, suivant M. Bouilly, elles sont toujours suivies d'un résultat favorable.

C'est sur un relevé de 160 opérations de ce genre que le chirurgien de Cochin se base pour poser ces conclusions.

Quelles sont maintenant les opérations à pratiquer ?

C'est aux parois vaginales qu'il faut particulièrement s'adresser. « Ré-

trécir et fermer » : voilà le but que l'on se propose. Toute intervention dans laquelle on n'obtient pas ce résultat, c'est-à-dire le contact parfait entre les parois vaginals antérieure et postérieure et le rapprochement des parois vulvaires seront insuffisantes. Il faut même paraître avoir trop fait pour avoir plus tard suffisamment fait.

M. Bouilly rejette donc absolument tout acte opératoire qui s'adresse à l'utérus et ne veut par conséquent ni de l'hystéropexie ni de l'hystérectomie. Il trouve même que ce serait reculer que d'aller ouvrir le ventre ou faire l'ablation de l'utérus par le vagin, pour chercher à remédier à un prolapsus utérin qui est susceptible de guérir par un procédé plus simple.

M. Pozzi est loin d'être aussi affirmatif et veut qu'on conserve l'hystérectomie vaginale pour les cas rares, où, selon lui, elle est indiquée. A des cas exceptionnels, dit-il, il faut des opérations exceptionnelles. Il montre alors que l'hystérectomie préconisée par M. Quénu n'est pas une intervention nouvelle. En 1888, le mémoire de Robert Asch et, depuis, le travail de Fritsch et quelques autres ont montré qu'on pouvait s'attaquer au prolapsus génital en enlevant la matrice et en recousant ensemble les ligaments larges sectionnés. Depuis cette époque, M. Pozzi a fait, pour sa part, quatre opérations de ce genre qu'il n'avait ma foi pas songé à publier, M. Quénu vient, en montrant que cette façon de faire n'était pas connue de tous ses collègues, lui rappeler qu'il serait utile de communiquer à la Société les résultats de sa pratique, c'est ce qu'il va faire. Quels sont les cas justiciables de l'hystérectomie ? Ceux où les opérations plastiques ne suffisent pas, c'est-à-dire les cas où l'utérus augmenté de volume, allongé dans son col, vient constamment marteler comme un bélier la cloison périnéale et s'oppose à sa réfection.

L'hystérectomie n'est, du reste, qu'un temps accessoire de l'intervention qui se compose, pour M. Pozzi, d'abord d'une *colpectomie*, c'est-à-dire de l'ablation en avant et en arrière d'un lambeau vaginale triangulair à base du côté du col, puis de l'*hystérectomie* suivie d'une *colporraphie*, c'est-à-dire de la suture des lambeaux vaginaux pratiqués tout à l'heure. Enfin, la *périnéorraphie* devra être faite ultérieurement si on le désire.

Quant à la *colpopexie*, à la suture des ligaments larges, M. Pozzi pense que l'idée en est séduisante, mais que ce sont là des vues un peu théoriques et il ne la pratique pas, car la cicatrice se chargera de remplacer ce qu'on cherche à en obtenir.

Des quatre malades opérées par le chirurgien de Pascal une est morte de congestion pulmonaire, les autres avaient un peu de chute des parois vaginales, chute qui a disparu par la périnéorraphie complémentaire.

M. Pozzi termine en donnant ses conclusions, qui ne sont autres que les idées que nous venons d'exposer. Il est bien entendu que la périnéorraphie pourra être faite dans la même séance si le chirurgien le juge nécessaire et qu'il existe des contre indications à l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus. Ce sont l'âge, quand la femme est encore jeune, ou au contraire la débilité sénile. Les tares organiques, les altérations rénale, hépatique ou pulmonaire, devront aussi faire proscrire l'opération à cause de ses dangers et de ceux provenant de l'anesthésie.

Ce n'est pas pour défendre l'hystérectomie que M. Picqué prend ensuite

la parole ; il veut plutôt réhabiliter l'*opération d'Alexander* qui, chez certaines malades, lui a donné de très bons résultats.

Chez les femmes très âgées, le prolapsus se présente en effet avec des caractères particuliers. Outre le relâchement vulvaire et la faiblesse du périnée, il y a encore une atrophie toute particulière de l'utérus, atrophie qui facilite la fixation par le raccourcissement des ligaments ronds. Mais ce raccourcissement doit être complet et, pour y arriver, il faut de propos libéré ouvrir le péritoine, attirer les deux cornes de l'utérus dans les anneaux inguinaux et faire porter les sutures sur ces cornes utérines. On pratique de cette façon une sorte de colpopexie indirecte qui a donné à M. Picqué trois succès durables. Ce chirurgien fait aussi remarquer que lorsque le prolapsus est accompagné d'une tumeur, soit d'un fibrome, soit d'un kyste de l'ovaire, il suffit d'enlever le néoplasme pour voir le prolapsus se réduire. C'est ce qui lui est arrivé chez une malade qui vit son utérus reprendre sa place après une ovariotomie.

M. Chaput vient aussi donner le résultat de sa pratique. Il a fait 7 colpopérinéorraphies avec 2 succès, 2 résultats médiocres, 1 petite récidive du cystocèle et 1 résultat nul qui a nécessité une intervention plus complète ; la 7e malade n'a pas été revue. Il a aussi pratiqué 6 hystérectomies et n'a pu suivre que deux de ses opérées dont deux étaient complètement guéries et dont une atteinte de fibrome portait une récidive. Cette hystérectomie vaginale n'est pas sans difficulté : l'hémorrhagie peut être très abondante, est assez fréquente et nécessite l'emploi de beaucoup de pinces hémostatiques. Celles-ci sont préférables aux ligatures qui peuvent glisser et dont il faut se défier. En résumé, M. Chaput recommande la colpopérinéorraphie et l'amputation du col pour les prolapsus légers ; pour les prolapsus complets il rejette l'hystéropexie qui lui paraît irrationnelle, trouve l'hystérectomie vaginale une intervention grave et lui préfère une amputation supravaginale du col pratiquée très haut en se servant de liens en caoutchouc et en la faisant suivre d'une colporraphie antérieure et d'une colpopérinéorraphie.

Il y avait longtemps que la Société de chirurgie n'avait eu l'avantage de voir M. Desprès assister à ses réunions. On sait pourquoi. Il a fait sa rentrée à l'avant-dernière séance et a pris la parole dans la dernière pour prédire à ses collègues que toutes les opérations qu'ils tenteraient afin de guérir le prolapsus échoueraient à coup sûr. Il n'en veut pour preuve que la multiplicité même des procédés qu'on dirige contre cette affection. C'est le releveur de l'anus, c'est le plancher périnéal qui manquent et la hernie de l'utérus n'est qu'une hernie de l'intestin poussant la matrice devant lui. On aura beau faire, on ne refera pas des muscles ; il faut suppléer à leur absence par la *bonne* ceinture de Récamier avec pelote périnéale, et les membres se séparent sur ces paroles peu encourageantes pour la chirurgie opératoire.

Eugène Rochard.

REVUE GÉNÉRAL

—

De l'emploi chirurgical de la cocaïne.

La cocaïne cristallisée est un des produits existant dans les feuilles de coca et set employée en injections sous-cutanées combinée à l'acide chlorhydrique ; donc le mot de cocaïne, signifiera, pour nous, le chlorhydrate de l'alcaloïde.

Les injections sous-cutanées de cocaïne sont très largement employées pour les opérations dentaires et pour celles de la chirurgie générale qui n'exigent pas une anesthésie prolongée. Malheureusement, l'alcaloïde entraîne facilement des phénomènes d'intoxication plus ou moins graves sur lesquels nous allons d'abord insister.

1. *Pathologie de la cocaïne.* — D'une façon générale, les phénomènes d'intoxication cocaïniquese divisent en deux phases (Dastre) : 1° phase d'excitation avec excitation cérébrale, constriction vasculaire, convulsives ; 2° phase de collapsus.

Au début, le malade présente de la loquacité, des hallucinations, une sorte de délire; en même temps la face et les mains sont d'une pâleur livide. Bientôt surviennent des tremblements et il peut se produire des crises tétaniformes, un véritable opisthotonos.

La respiration s'embarrasse rapidement et la tétanisation du diaphragme est un accident commun avec les doses fortes. Les vertiges, les nausées, la perte de connaissance plus ou moins complète accompagnent rapidement les différents phénomènes, et le patient peut alors tomber dans un collapsus qui est parfois mortel rapidement, ou seulement au bout de plusieurs heures.

Les accidents évoluent rarement de cette façon pour ainsi dire schématique, et les formes cliniques de l'empoisonnement varient beaucoup.

Le plus souvent, il se produit de la pâleur de la face, de l'anxiété avec accélération de la respiration et des battements du cœur, puis la connaissance disparaît incomplètement et le malade a la sensation de sa fin prochaine. Si les phénomènes de l'empoisonnement continuent à progresser, la perte de connaissance devient complète, la pupille se dilate, les battements cardiaques sont irréguliers et fréquents et après des convulsions généralisées survient une syncope qui peut être mortelle.

Dans certains cas, il y a perte du sentiment bien que le malade conserve sa connaissance ; le patient assiste en spectateur indifférent à l'opération qu'on lui fait (Quénu).

Chez les sujets nerveux, les symptômes peuvent être effrayants (Hallopeau) ; ce sont des étouffements, une agitation avec mouvements désordonnés, un pouls faible et rapide, de l'anesthésie générale avec une sorte de délire.

Ce sont là les cas graves et le plus ordinairement tout se borne à des nausées, de la pâleur, de la faiblesse des jambes, un besoin de s'agiter et de parler ressemblant à l'ivresse. L'accélération du pouls est la règle.

Tous les degrés s'observent, du reste, entre ces différents accidents. L'intoxication se prolonge souvent pendant plusieurs jours, il persiste de l'insomnie, des troubles intellectuels, de la cardialgie. Dans un cas de Hallopeau, plusieurs mois après une injection sous-gingivale de 8 milligrammes, le malade présentait encore de la céphalalgie, du malaise, de l'engourdissement des membres, de la prostration, des accès de défaillance avec vertige, etc.

Quelques auteurs ont noté des effets consécutifs : maladresse musculaire, exagération temporaire des réflexes rotuliens, ténesme rectal ou vésical.

Les cas de mort sont rares. Reclus qui les a tous discutés a montré que, en élimi-

nant les cas rapportés deux fois sous des titres différents, et ceux dans lesquels il s'agit d'ingestion et non d' injection, il n'y a que huit faits véritablement chirurgicaux dans lesquels la mort ait été causée réellement par la cocaïne. Dans cinq de ces faits, il y a eu abus dans ladose et dans le titre de la solution ; dans les trois autres, une fois il y avait une dégénérescence du cœur, suite d'une scarlatine, une autre fois l'apoplexie est probable; enfin, dans la dernière observation (celle de Bouchard, de Lille), où la mort survint à la suite de l'injection dans une gencive de 0,06 d'une solution de cocaïne à 1 p. 100, Reclus pense que la terminaison fatale fut causée par une syncope émotive, la respiration étant, de plus, très gênée par une corde enroulée autour de la poitrine dans un but de mortification.

Reclus admet même que la plupart des accidents rapportés par les auteurs tiennent à ce que le malade a été opéré dans la position horizontale, à ce que la solution était d'un titre trop élevé, à ce que l'injection dans des tissus enflammés ou dans une veine a permis une absorption très rapide. En septembre 1893, Reclus avait employé la cocaïne dans plus de 2,250 anesthésies, et il n'avait eu d'autre accident que quelquefois un peu de loquacité, une tendance à l'attendrissement, des fourmillements au bout des doigts ou dans les orteils. Aussi, pour lui, « les catastrophes sont beaucoup moins à redouter avec la cocaïne qu'avec le chloroforme ». Elle serait préférable à ce dernier, même dans des cas ou le cœur est gros, le poumon emphysémateux, tandis que, pour la plupart des auteurs, la faiblesse cardiaque contre-indique l'emploi de la cocaïne. Les principaux avantages qui rendraient cette dernière préférable sont : « L'absence de vomissements et de choc, l'atténuation ou la disparition des douleurs post-opératoires, une application plus facile, la possibilité de se passer d'aides, la perte de temps moins considérable. »

2. *Contreindication.* — Chez les cardiaques hyposystoliques, disent presque tous les auteurs, il faut proscrire la cocaïne. Si la lésion est compensée le médicament ne devra être employé qu'avec une extrême prudence. Regnier a rapporté le cas d'un dentiste qui ayant injecté 1 centigramme de cocaïne dans la gencive d'un de ses malades atteint d'affection du cœur vit survenir une syncope avec pouls petit et menace d'asphyxie pendant plus de deux heures ; cet accident fut le point de départ de troubles asystoliques suivis de mort. L'angine de poitrine est une contre-indication absolue (Huchard) bien que Laschewich ait employé les injections de cocaïne dans cette maladie.

La cocaïne est encore contre-indiquée dans les lésions pulmonaires profondes, les lésions cérébrales anciennes, le pouls lent permanent, chez les neurasthéniques, les malades très effrayés à l'avance, les hystériques, quoique, dans ces derniers cas, les dangers soient moins grands. L'injection agit surtout alors comme provocatrice d'une attaque. D'après Rodier, la cocaïne, au moins en chirurgie dentaire, ne provoquerait pas d'accidents chez les épileptiques.

Reclus n'emploie jamais la cocaïne chez les enfants au-dessous de 6 ans que la première piqûre effraie ainsi que la vue des instruments. On ne doit l'employer couramment qu'a partir de 10 à 12 ans.

La cocaïne doit être aussi rejetée dans les opérations non réglées, quand, par exemple, il faut fouiller l'aisselle, dans l'extirpation d'adénites tuberculeuses cervicales, ou bien lorsque le champ opératoire est trop étendu et à étages superposés, lorsque les tissus enflammés sont déjà ulcérés et que des fistules laisseront la cocaïne s'échapper avant de pénétrer dans leur épaisseur. Encore, dans certains de ces cas, Reclus emploie-t-il la cocaïne si la déchéanche organique, l'âge, la faiblesse, certaines tares cardiaques ou pulmonaires font redouter le chloroforme. Dans le service de Reclus, « l'anes-

thésie par la cocaïne est devenue la règle et le chloroforme la très grande exception. »

3. *Doses et mode d'emploi.* — Le titre de la solution a la plus grande importance et il ne faut jamais dépasser celui de 1 ou 2 p. 100. Cette dernière solution, dit Reclus, que nousprenons pour guide dans cet exposé des règles de l'emploidela cocaïne en chirurgie servira pour les petites opérations quand on pourra couvrir le champ opératoire avec 1 à 3 seringues de Pravaz. On emploiera celle à 1 p. 100 lorsqu'il faudra injecter une plus grande quantité de solution.

Reclus conseille de ne jamais atteindre 20 centigrammes et il n'a jamais dépassé 17 centigrammes, même dans des cas de laparotomie et de suture de la rotule.

La manière de faire l'injection a la plus grande importance. Elle doit être *traçante* et continue.

Pour cela on enfonce l'aiguille d'un coup sec en un point correspondant à une des extrémités de la future incision *en ayant soin de rester dans le derme.* On en est sûr lorsque l'aiguille qui est poussée à mesure que l'on presse sur le piston éprouve une certaine résistance. Dès les premières gouttes injectées, l'anesthésie se produit ; il s'en suit que l'aiguille chemine sans provoquer la moindre douleur ; le liquide montre simplement une traînée blanche bien caractéristique. Si l'on ne peut parcourir d'un seul trait toute l'étendue de la future incision, on retire l'aiguille et on l'enfonce, après avoir rempli de nouveau la seringue s'il y a lieu, un peu en avant du point ou s'arrêtait l'injection. Pratiquée suivant ces règles, l'injection ne peut verser dans une veine une quantité dangereuse de cocaïne ; car, si elle en rencontre une, elle la traverse rapidement. Dans les tissus très vasculaires, langues, lèvres, région anale, Reclus enfonce d'abord l'aiguille et fait l'injection en la retirant peu à peu.

Une fois que l'injection est finie, il faut attendre 3 à 4 minutes avec la solution à 2 p. 100, 5 à 6 minutes avec celle à 1 p. 100 avant d'inciser.

Il faut avoir soin d'inciser en restant bien sur le trajet de l'injection, car souvent la zône analgésique ne s'étend en largeur que sur un centimètre au plus.

Naturellement, la technique des injections devient plus complexe quand on a à faire une opération exigeant des manœuvres profondes. C'est ainsi que dans la cure radicale de la hernie inguinale, par exemple, on doit anesthésier successivement par quelques piqûres les muscles du trajet inguinal, les adhérences du sac dont la résection pourrait être douloureuse, etc. Avant d'ouvrir le sac, on y fait pénétrer le contenu d'une ou deux seringues de Pravaz, afin d'anesthésier le péritoine herniaire, l'épiploon et les anses intestinales. Généralement 0,7 à 0,9 de cocaïne suffisent pour que l'opération ne cause aucune souffrance au malade. L'anesthésie dure assez longtemps, une demi-heure au moins, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insensibiliser la peau de nouveau au moment de suturer.

Pour la dilatation anale, après avoir introduit dans l'anus un tampon de cocaïne imbibé d'une solution de cocaïne à 1/50e, on fait l'injection en couronne dans l'épaisseur du sphincter. La région étant très vasculaire, on doit d'abord enfoncer complètement l'aiguille dans le sphincter pour faire l'injection en la retirant, 0,6 centigrammes suffisent et cette dose ne doit pas être dépassée.

Kummer (de Genève), emploie la cocaïne dans les opérations pratiquées sur les régions que l'on peut isoler du reste du corps par une ligature élastique. Il commence par pratiquer la constriction du membre à l'aide de la bande d'Esmar, ce qui non seulement s'oppose à la résorption de la substance, mais encore prolonge son effet local ; puis, ensuite, il laisse saigner la plaie avant de faire le pansement afin de permettre l'élimination de la cocaïne restante. Kummer recommande de ne pas dépasser 5 centigrammes chez l'adulte, 1 centigramme chez les enfants au-dessous de 10 ans.

Toujours les injections seront pratiqués par doses fractionnés, quelques minutes séparant une injection de la suivante et toujours dans la position couchée ; la prudence devra être très grande dans les opérations faites sur la face et toutes les fois que l'application de la bande d'Esmarch sera impossible. Il est bon que le malade soit à jeun.

Tillaux recommande d'inciser les tissus immédiatement après l'injection et c'est aussi la pratique de Berger.

Coming laisse l'aiguille en place après l'injection de cocaïne et y adapte une autre seringue pleine de beurre de cacao liquéfié qu'il injecte de suite. On pulvérise alors de 'éther sur la région ; le beurre de cacao est solidifié et empêche l'absorption de la solution de cocaïne qui agit localement. La pulvérisation étant suspendue, le beurre se liquifie et la cocaïne commence à être absorbée. On reprend alors la réfrigération de manière à fractionner cette absorption et ainsi de suite.

Marchandé et Poinsot pour rendre l'absorption très lente, emploient la vaseline comme véhicule.

Gauthier (de Charolles), se sert du mélange suivant :

Eau	10 grammes
Chlorhydrate de cocaïne..	0 gr. 20 cent.
Solution alcoolique de trinitrine au 1/100e..	X gouttes

La trinitrine a des effets inverses de ceux de la cocaïne et combat les symptômes d'ischémie cérébrale et cardiaque.

Gauthier indique les doses suivantes : 1/2 à 2 centigrammes pour les petites opérations ; 5 à 6 centigrammes pour les opérations d'une certaine importance ; très rarement dépasser 15 centigrammes, et ne jamais atteindre 20, même pour les opérations à large champ. Le titre de la solution doit être 1 ou 2 pour 100.

Dans les phlegmons on peut faire l'injection à la périphérie avec une canule courbe et ajouter à la solution 1 pour 1000 de sublimé.

Gluck a conseillé la formule suivante :

Acide phénique liquide pur..	V gouttes
Eau distillée...............	10 grammes

Agitez jusqu'à dissolution et ajoutez :

Chlorhydrate de cocaïne.... 1 gr. 50

On éviterait ainsi les intoxications. En tout cas, Reclus a prouvé qu'avec ce phénate de cocaïne l'anesthésie était aussi facile qu'avec le chlorhydrate.

4. *Traitement de l'intoxication cocaïnique aiguë.* — Le malade étant remis dans la position horizontale, si l'on avait été forcé de l'en sortir, on fera des aspersions d'eau froide sur le visage et des enveloppements froids en cas de convulsions.

L'asphyxie menaçante sera combattue par la respiration artificielle, le massage, la flagellation.

M. Mosso recommande les inhalations chloroformiques contre la tétanisation des muscles respiratoires.

L'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle (Schilling) semble produire des effets opposés à ceux de la cocaïne, mais il ne s'agit pas ici d'un effet vraiment antagoniste. En tout cas, cette inhalation fait disparaître la pâleur de la face, diminue la pression artérielle. Malheureusement, l'action produite est très fugace et disparaît en quelques minutes.

Skinner a recommandé l'atropine contre les convulsions.

La caféine, les injections sous-cutanées d'éther seront toujours à conseiller.

L'hydrate de chloral dont les effets physiologiques semblent être antagonistes de ceux

de la cocaïne, seraient peut-être u es (U. Mosso) une fois le danger du tétanos respiratoire éloigné. D'autre part, la cocaïne serait très indiquée dans les empoisonnements par les narcotiques.

5. *Emploi en chirurgie générale.* — Nous n'avons pas à énumérer ici les diverses opérations chirurgicales dans lesquelles on a employé la cocaïne pour obtenir l'anesthésie locale. Ce sont toutes les opérations dans lesquelles le foyer opératoire ne doit pas être trop étendu, ni la durée de l'intervention trop longue. Mentionnons simplement les opérations sur les doigts, les ouvertures d'abcès, l'incision du sein, la cure radicale des hernies, etc. Reclus conseille volontiers la cocaïne dans les cas de kystes de l'ovaire quand on a des raisons de supposer qu'il y a pas de poches et peu d'adhérences.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Le liquide de la périostite albumineuse

Note de M. L. Hugouneno, présentée par M. Arm. Gautier.

Sous le nom de périostite albumineuse, M. Ollier a décrit le premier une maladie rare caractérisée par l'accumulation sous le périoste et dans les couches périostales d'un liquide incolore ou jaunâtre, filant, albumineux, analogue à la synovie.

L'étiologie et la nature de cette affection étant encore à peu près inconnues, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, j'ai cru devoir soumettre à des analyses répétées les collections liquides retirées par ponctions successives chez deux malades atteints de périostite albumineuse.

Le liquide est transparent, jaunâtre, très nettement alcalin, de densité généralement comprise entre 1020 et 1035, il tient fréquemment en suspension des gouttelettes de graisse, Il se prend en masse un peu au-dessous de 80° par suite de la présence d'une forte proportion de matières albuminoïdes. Contrairement à ce qu'on pouvait attendre d'un produit albumineux, le liquide abandonné à l'air libre résiste très bien à la putréfaction, bien qu'il renferme, suivant M. Dor, des staphylocoques.

L'analyse immédiate démontre la présence, dans cet exsudat, de deux matières protéiques, une nucléo-albumine qui, dédoublée par la pepsine, fournit 13 0/0 environ de nucléine à 1,75 0/0 de phosphore et une albumine, beaucoup plus abondante, que toutes ses réactions permettent d'identifier avec la sérine du sérum sanguin.

Les matières extractives sont représentées par un peu d'urée (0,02 0/0 environ) et une proportion quatre ou cinq fois plus élevée d'acide succinique que j'ai pu séparer à l'état de succinate de chaux bien cristallisé et parfaitement blanc. Indépendamment de ces composés, l'exsudat périostique renferme une petite quantité de matière azotée que je n'ai pu déterminer. La recherche de la créatine, de la leucine, de la tyrosine, de l'acide urique, de la peptone et du sucre, a donné des résultats négatifs. A côté de matériaux extractifs figure de la graisse, quelquefois abondante, assez souvent à l'état de traces insignifiantes.

L'incinération du résidu fixe abandonné par l'exsudat de la périostite albumineuse fournit des cendres où domine le chlorure de sodium et qui contiennent, outre la potasse, de la chaux, des acides sulfurique ou phosphorique, du carbonate de soude.

De toutes les collections pathologiques dont la composition est actuellement connue, le liquide de l'hydarthrose est celui qui se rapproche le plus de l'exsudat périostique. Dans le liquide de l'hydarthrose, on trouve en effet les mêmes proportions de résidu

fixe, de nucléo-albumine, de sérine, de matières extractives et de sels où le chlorure de sodium domine également. La ressemblance qualitative et quantitative entre les deux liquides est si accusée qu'il n'existe pas de caractère chimique susceptible de les différencier.

Ces résultats analytiques pourront peut-être éclairer, maintenant ou plus tard, la pathologie d'une maladie aussi peu connue que la périostite albumineuse.

Signe de mort certaine emprunté à l'ophtalmotonométrie ; lois de la tension oculaire

M. W. Nicati, en étudiant la tension oculaire à l'aide de son ophtalmotonomètre, a trouvé que cette tension ou cette dureté, qui est normalement de 18 à 21 grammes, peut osciller entre 14 et 25 grammes, descend avec la cessation des battements de cœur à 12 grammes environ pour s'abaisser ensuite progressivement avec des ressauts ou retours ne dépassant jamais 12 grammes ; à partir d'une demi-heure, on rencontre déjà les duretés minima de 1 à 3 grammes, mais la détente définitive n'a lieu qu'après deux heures ; elle est alors complète.

L'œil énucléé et replacé dans son orbite présente les même phénomènes.

L'instrument qui donne ces résultats est d'une extrême précision ; ses indications sont dépouillées de l'équation personnelle à l'observateur, qui a entravé jusqu'à ce jour tous les procédés pratiques analogues, on peut en déduire un signe de mort certaine qui consiste dans un premier affaisement au moment de l'arrêt du pouls, et dans un affaissement définitif et au plus haut degré démonstratif peu d'heures après.

Les lois qui président à ces phénomènes sont les suivantes :

1° La tension oculaire est fonction de la tension sanguine ;

2° Elle obéit à une régulation réflexe opposant à la pression sanguine des pressions égales (et empêchant soit les déformations qu'une pression sanguine exagérée pourrait provoquer, soit les ischémies qu'une pression sanguine trop faible amènerait inévitablement si l'œil conservait une pression constante),

3° Une régulation rapide, provisoire, a lieu par la rétraction rapide ou contraction de la coque oculaire musculeuse ;

4° Une régulation plus lente et plus durable a lieu par la sécrétion d'humeur aqueuse et son élimination.

Ces lois méritent de fixer l'attention, et pour leur portée ophtalmologique, qui est très grande, et pour les applications à en tirer au profit de la médecine générale, la dureté de l'œil permettant une appréciation de la pression sanguine.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

La technique du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids

Le bain froid est le meilleur traitement de la fièvre typhoïde ; partout où on peut l'employer le médecin doit y avoir recours.

La baignoire ordinaire est naturellement le meilleur instrument pour donner les bains ; on peut cependant la remplacer par une moitié de tonneau, une petite cuve, etc. Quelque soit le récipient employé, il faut que l'on puisse ajouter de l'eau sans qu'il déborde, les affusions froides faisant partie intégrante du traitement et, d'autre part, il est nécessaire que le malade soit plongé jusqu'au cou dans l'eau. Les fonds de bains ne sont utiles que si le fond de la baignoire est rugueux ; autrement, par les plis qu'ils font, ils peuvent blesser l'épiderme du typhique.

L'eau du bain doit être aussi propre que possible et renouvelée toutes les fois qu'elle sera souillée. La température pour les cas ordinaires sera de 18°. Si le malade est très pusillanime, si l'on veut tâter sa résistance à la réfrigération, on donnera le premier bain à la température de 22° et on abaissera les suivants de 1° chaque fois, de telle sorte que la température de 18_0 soit atteinte au bout de vingt-quatre heures.

Tout étant prêt, le malade sera porté au bain ou s'y rendra de lui-même s'il le peut, après avoir uriné. Sitôt qu'il sera étendu dans l'eau on fera une affusion froide; auparavant on enroulera une serviette au-dessus du front afin d'empêcher l'entrée de l'eau dans les yeux et les narines. Il faut faire toutes les cinq minutes une affusion de deux minutes au début, au milieu et à la fin du bain. Dans les cas simples l'eau du bain suffit et on en remplit un récipient quelconque, à petite ouverture, qui sert à la verser sur la nuque d'une faible hauteur. Si l'on a besoin d'une réfrigération plus forte on se servira d'eau à 8 ou 10°. Les cheveux tombant presque toujours à la suite de la fièvre typhoïde, on pourra donc les couper de suite

Pendant le bain, il faut frictionner le corps avec une éponge ou une brosse en respectant l'abdomen. Dès la première affusion, le malade boira un peu d'eau froide ou mieux de limonade vineuse, de vin même.

Le bain commence à produire l'effet cherché quand le malade est pris d'un grand frisson. Ce frisson se produisant en général entre la neuvième et la douzième minute, la durée du bain à 18° degrés au début de la maladie sera de dix à quinze minutes ; quand la dothiénenthérie tire vers sa fin, la réfrigération se produit beaucoup plus vite.

Dès que le typhique est sorti de l'eau, il est essuyé, on lui passe sa chemise et on le recouche. On ne doit pas trop le couvrir, car une partie des bons effets du traitement serait perdue.

Une couverture de laine placée sur les pieds suffira et il ne faudra mettre une boule d'eau chaude que si le frisson est beaucoup trop prolongée. Au bout d'une demi-heure en moyenne, le malade ressent un bien-être général; on lui donne alors une petite quantité d'aliments, on prend sa température et on le laisse s'endormir paisiblement.

On renouvellera le bain à 38° toutes les trois heures si le malade a 39° dans le rectum. La température doit être prise toutes les trois heures avant le bain et de plus dix minutes après; cela fait donc 16 températures en 24 heures. La cuvette du thermomètre sera petite, ronde et l'instrument séjournera constamment dans une solution antiseptique; on l'introduira lentement après l'avoir enduit de vaseline stérilisée et une fois la cuvette disparue derrière le sphincter, on le maintiendra en place trois minutes sans le lâcher. Si le médecin ne prend pas lui-même toutes les températures, ce qui est du reste à peu près impossible, il devra de temps à autre, en prendre une à l'improviste, afin de vérifier comment agissent les personnes qui soignent le malade.

A la campagne, on agira de la façon suivante : pendant 4 à 5 jours, 8 bains dans les 24 heures; le 6e jour, supprimer un ou deux des bains du matin. La rougeur et la chaleur de la joue sont, à défaut de l'usage du thermomètre, l'indice d'une fièvre intense.

D'une façon générale, ce n'est pas seulement la température qui doit guider le médecin ; l'état du système nerveux, du pouls, ont au moins autant d'importance. La réfrigération *après le bain* doit atteindre 1°; si cet abaissement n'est pas réalisé, il faut abaisser la température de l'eau jusqu'aux environs de 15°.

Une fièvre typhoïde légère n'exige habituellement que 15 à 30 bains, une fièvre typhoïde moyenne 40 à 60.

Les bains froids doivent être employés le plus tôt possible dans toutes les fièvres typhoïdes et il ne faut jamais les interrompre trop tôt. A la fin de la maladie, lorsque la température, sans atteindre 39°, dépasse encore 38°5, on fera usage de bains à 20° durant

cinq minutes. On ne supprimera les bains que quand la température ne dépassera 38°5 à aucun moment de la journée.

Tous ces préceptes sont le résumé de la pratique de MM. Bouveret, Glénard et Juhel-Rénoy auxquels on doit d'avoir fait accepter en France le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, traitement qui sauve chaque année la vie à un si grand nombre de malades.

BIBLIOTHÈQUE

Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures, 1878-1887, par O. Comminge Paris, S. Masson, 1893.

Ce travail, communiqué en partie à l'Académie de médecine, a été très étendu par l'auteur qui, dans son étude d'ensemble, montre bien la gravité de la situation, tant au point de vue moral qu'au point de vue pathologique. Les moralistes et les magistrats sont préoccupés du développement du vice dans le jeune âge et, dans sa séance du 20 mars 1888, l'Académie de médecine a réclamé des pouvoirs publics, une loi de police sanitaire fortifiant l'intervention administrative, en particulier à l'égard des mineures. En montrant dans toute sa nudité, le triste côté de la prostitution précoce des jeunes filles, M. Comminge a espéré éveiller l'attention des hommes de bien sur les moyens d'enrayer cette maladie sociale. Il a acquis la conviction qu'on peut, même avec la législation actuelle, modifier sérieusement la situation présente. On n'en doit pas moins souhaiter que le législateur accorde quelque attention à ce qui constitue un problème social des plus urgents à résoudre et des plus graves.

Leçons sur le choléra faites a la Faculté de médecine de Montpellier Par le Dr A. Brousse. — Paris, L. Bataille, 1893.

Chargé des conférences de Pathologie à la Faculté de médecine, M. Brousse a consacré quelques leçons à l'étude du choléra. Il a fait un résumé succinct mais très complet de l'état de la science sur cet important sujet et a insisté plus particulièrement sur le ôté pratique de la question, notamment sur les principaux moyens prophylactiques et ccuratifs à opposer à la maladie qui a toujours, en ce moment, de petits foyers en Europe.

COURRIER

Concours pour deux places de chirurgien du bureau central.—Ce concours sera ouvert le lundi 19 mars 1894, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 février 1894, et sera clos définitivement le samedi 3 mars, à trois heures.

Concours de l'externat. Questions posées : Symptômes de l'étranglement herniaire.

Distinctions honorifiques (Dévouement au cours d'épidémies). — *Médaille d'or* : MM. Combemale, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; Gorez, à Lille ;

Marivint, étudiant en droit de la Faculté de Lille ; Sapelier, médecin de la maison départementale de Nanterre ; Séailles, à Paris.

Médaille de bronze : M. Alex, interne à l'hospice de la Charité, à Lyon.

Docteurs en médecine reçus par les facultés françaises pendant l'année scolaire (1892-1893). — Le nombre des docteurs en médecine reçus par les Facultés françaises en 1892-93 a été de 723, en augmentation de 88 sur l'année précédente (1891-92).

— Le conseil général de l'Université de Paris s'est réuni lundi sous la présidence de M. Gréard.

Il a annoncé que la Faculté de médecine a reçu deux dons anonymes, l'un de 3,000 francs, l'autre de 450 francs, qui seront affectés aux travaux pratiques des étudiants.

Le conseil a voté à l'unanimité le maintien à la Faculté de médecine de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, vacante par le décès de M. Charcot ; de la chaire de médecine opératoire vacante par la permutation de M. Terrier.

Désinfection des médecins. — A l'une des réunions de la Société des médecins de Styrie, M. Gutmann a demandé que l'on établisse dans les grandes villes d'abord, dans les petites ensuite, un local dans lequel les médecins pourraient venir procéder à leur désinfection complète, barbe, cheveux, etc., chaque fois qu'ils auraient été voir un malade atteint d'une affection contagieuse. Pendant le quart d'heure que le médecin passerait dans ce local, on pourrait désinfecter ses vêtements dans un courant de vapeur sous pression.

— L'administration de l'Assistance publique aurait l'intention de réserver la place de M. Quinquaud et même de soustraire d'une manière générale l'hôpital Saint-Louis au roulement habituel des médecins des hôpitaux.

La Société médicale des hôpitaux, émue de cette dérogation à ses statuts, dans la dernière séance a décidé, en comité secret, d'adresser une protestation à M. Peyron.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Lafarette est nommé aide de clinique des maladies des enfants (emploi nouveau).

Faculté de médecide de Nancy. — M. Haushalter, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire des maladies des enfants.

M. Simon, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie générale et de pathologie interne, en remplacement de M. le professeur Hecht, admis à la retraite.

Journalistique. — Il vient de paraître un nouveau journal de médecine : la *Médecine infantile*. Cette revue mensuelle est dirigée par M. Comby, médecin de l'hôpital Tenon, dont on a pu apprécier les articles dans l'*Union médicale*. Avec un tel directeur et les collaborateurs de toutes nationalités qu'il s'est adjoint, la *Médecine infantile* est sûre du succès que nous lui souhaitons.

Association générale des médecins de France. — M. le docteur Marjolin a informé le Conseil général qu'une place à l'asile Sainte-Anne (Epinay-sous-Sénart) est toujours à la disposition de l'Association des médecins de France pour une enfant, *fille de médecin catholique*, orpheline ou dans toute situation ne permettant pas à ses parents de l'élever et âgée de plus de 4 ans.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique et l s jeunes aveugles. — Les jouets en plomb et les fosses à drèche au Conseil d'hygiène. — Action des fluides impondérables sur la vitalité des microbes. — Altérabilité des solutions de sublimé. — La solution de sublimé et d'acide phénique dans l'alcool, l'huile et la glycérine ; diminution de leur efficacité.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a tenu la première séance de sa session ordinaire, le 31 janvier, à l'Institution des Jeunes aveugles et il a continué les jours suivants. Ses délibérations ne sont pas sans intérêt pour nous. L'hygiène et l'assistance publique se donnent la main, non seulement au ministère de l'intérieur où elles constituent une seule et même direction, mais encore et surtout dans la pratique. L'hygiène a pour but, en effet, de prévenir les maux et les infirmités auxquelles l'assistance publique est destinée à porter remède. L'œuvre de l'une remédie à l'insuffisance de l'autre. Plus l'hygiène fera de progrès et plus la tâche de l'assistance deviendra légère.

Cette étroite connexité se fait particulièrement sentir dans la question par laquelle le Conseil a inauguré ses séances. Il a mis à l'étude, mercredi dernier, un projet de loi pour l'assistance aux jeunes sourds-muets et aveugles par l'éducation professionnelle ; or, si l'hygiène est impuissante à prévenir la surdi-mutité qui est presque toujours congénitale, il n'en est pas de même de la cécité qui est le plus souvent acquise et qu'il est possible de prévenir dans la grande majorité des cas.

La plupart des jeunes aveugles ont perdu la vue à la suite de l'ophthalmie purulente ou de la variole. Ces deux maladies peuvent être prévenues, la dernière par la vaccine, la première par des soins convenables au moment de l'accouchement ; elle peut être enrayée et rapidement guérie à son début par un traitement bien dirigé. Grâce à la méthode antiseptique, on est maître aujourd'hui de l'ophthalmie purulente et c'est le motif qui a fait inscrire cette maladie au nombre de celles dont la déclaration a été rendue obligatoire par l'arrêté du 23 novembre 1893.

Déjà le nombre des aveugles a notablement diminué dans les pays civilisés. En 1871, lorsque le docteur Fuchs (de Liège) fit paraître son mémoire sur les *causes et la prévention de la cécité*, mémoire qui fut couronné dans le concours institué par la *Society for prevention of blindness*, il estimait à 311,000 le nombre des aveugles existant alors en Europe et à 85 millions de francs la dépense annuelle causée par leur entretien. Aujourd'hui la même statistique donnerait assurément un chiffre bien inférieur. En Angleterre, on a constaté depuis 1871, une diminution très notable du chiffre des aveugles. A cette époque, on en comptait 1 sur 1,051 habitants ; dix ans plus tard, le rapport était de 1 sur 1,137 et lors du dernier recensement fait en 1891, on n'en a plus trouvé que 1 sur 1,235. La diminution a surtout porté, comme cela devait être, sur les enfants au-dessous de cinq ans.

En France, le recensement de 1851 est le premier qui ait donné le dé-

membrement des infirmités apparentes ; il a relevé la présence de 37,662 aveugles, or, comme la population établie par ce même recensement était de 35,783,170 habitants, cela donne un aveugle pour 950 habitants. Aujourd'hui, on en estime le nombre à 35,000, mais la population est de 38,343,192, ce qui ne donne plus que 1 aveugle pour 1,095 habitants. Dans son rapport sur le projet de loi mis en discussion mercredi dernier, M. Le Bon fixe à 1,053 seulement le nombre des jeunes aveugles arrivés à l'âge scolaire et auxquels il s'agit de donner l'enseignement en exécution de la loi du 28 mars 1882. Je suis convaincu que, dans quelques années, ce nombre sera notablement atténué par suite des progrès réalisés dans la prophylaxie et le traitement de l'ophthalmie purulente.

Le Conseil d'hygiène, dans sa séance du 19 janvier et du 2 février, a entendu la lecture d'une douzaine de rapports dont quelques-uns nous ont paru présenter de l'intérêt.

Signalons d'abord celui de M. Schutzenberger, sur les dangers que peuvent présenter les jouets d'enfant, dans la composition desquels il entre de fortes proportions de plomb. On a proscrit les couleurs plombifères que cette industrie employait autrefois pour colorer ses produits ; mais on laisse vendre, dans tous les bazars, des jouets de métal, des sifflets, des trompettes dans la composition desquels il entre plus de 30 pour 100 de plomb. Lorsque ces jouets ne sont pas destinés à être portés à la bouche, il peut suffire de les enduire d'un vernis pour les rendre inoffensifs ; mais ceux dans lesquels il faut souffler et que les enfants ont sans cesse entre les lèvres, se couvrent sous l'influence de l'humidité et de l'acide carbonique de l'air, d'une couche mince de carbonate de plomb qui se mêle à la salive, que l'enfant avale et qui peut causer des accidents saturnins. Le Conseil d'hygiène, sur la proposition du rapporteur, a émis l'avis qu'il y avait lieu d'interdire la vente de ces objets.

Le président du conseil d'hygiène lui a donné lecture d'une lettre adressée au préfet de police par la chambre syndicale des laitiers et des nourrisseurs, afin d'obtenir le retrait d'un arrêté qui leur interdit de construire des fosses à drèche ayant plus d'un mètre de profondeur. Cet arrêté a été rendu à la suite d'accidents d'asphyxie survenus chez des ouvriers descendus sans précaution dans des fosses profondes contenant de la drèche en fermentation et remplies d'acide carbonique. La chambre syndicale demande qu'une commission soit nommée pour étudier la question et pour reviser en même temps la réglementation relative aux vacheries et à l'industrie laitière.

Le conseil est d'avis qu'il soit donné satisfaction au désir de la chambre syndicale.

L'Académie des sciences, à sa séance du 15 janvier, a reçu une communication de MM. d'Arsonval et Charrin, sur un point de pathogénie du plus grand intérêt.

Tout le monde connaît les splendides travaux de M. Pasteur sur l'atténuation de la virulence des microbes, et le jour tout nouveau que cette découverte a projeté sur l'étiologie des maladies infectieuses.

M. Pasteur était arrivé à graduer la virulence de ces microorganismes, tantôt en leur rationnant l'oxygène, tantôt en faisant agir sur eux la chaleur, tantôt enfin, en les laissant tout simplement vieillir. MM. Chamber-

land et Roux, continuant les mêmes recherches sous sa direction, ont étudié l'action des antiseptiques, les doses auxquelles ces substances font périr les microbes et celles qui ne font que les affaiblir. MM. Darsonval et Charrin ont à leur tour étudié l'action, sur ces organismes élémentaires, de la pression atmosphérique, de l'ozone, de la lumière et de l'électricité. Ils ont reconnu que ces agents commençaient par affaiblir le pouvoir de secrétion des microbes, avant d'arriver à les détruire.

Ils ont choisi pour sujet d'expériences le bacille pyocianique, celui qui colore les suppurations de mauvaise nature. Grâce à la propriété dont il jouit de produire du bleu et du vert, il permet d'apprécier les moindres changements de sa vitalité par les nuances plus ou moins vives des couleurs qu'il engendre. L'augmentation de pression, l'action d'une lumière vive, le courant électrique font décroître graduellement les teintes de ces colorations jusqu'au moment où elles deviennent molles ; alors le microbe a cessé de vivre. Les expériences faites à l'aide de la lumière ont démontré depuis que les divers rayons du spectre ne jouissent pas des mêmes propriétés. Le violet, l'indigo, le bleu ont une action destructive très prompte sur les cultures, tandis que le vert, le jaune et le rouge n'ont pas d'action sur elles. L'importance hygiénique de ces résultats est évidente ; ils prouvent combien la lumière vive est utile à la santé, et combien il importe de laisser entrer le soleil librement dans les appartements. Ils sont la justification scientifique de la pratique adoptée autrefois dans les lazarets et qui consistait à exposer au grand air les marchandises suspectes. Le chargement du navire du capitaine Chataud qui importa la peste à Marseille au mois de mai 1720, est resté un an en *sereine* dans le lazaret. Enfin, la différence qui existe entre les rayons du spectre au point de vue de la destruction des microbes montre que la couleur des rideaux qui tamisent la lumière au moment où elle pénètre dans les appartements n'est pas indifférente en hygiène.

Nous devons signaler également une communication intéressante pour l'hygiène que l'Académie des sciences a reçue, à l'une de séances précédentes, de M. Léo Vignon, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon. Nous avons parlé plusieurs fois déjà de l'importance que les solutions très étendues de sublimé ont acquise dans la pratique de la désinfection. On les considérait comme très sûres et très inaltérables.

M. Vignon s'est assuré du contraire. Elles sont limpides dans les premières heures qui suivent leur préparation ; mais elles donnent bientôt naissance à un précipité blanc dont la quantité augmente avec le temps. L'évaporation à l'air libre, à la température ordinaire, accélère cette décomposition. Au bout de sept jours, une solution de sublimé au millième conservée en vase ouvert a perdu 40 pour 100 de la quantité de mercure qu'elle renfermait, tandis qu'en vase clos, il faut plusieurs mois pour produire une altération semblable. La constatation de cette instabilité est d'une haute importance en pratique ; elle prouve qu'il faut renouveler souvent les solutions de sublimé, qu'il faut les renfermer dans des flacons bien bouchés et qu'il ne faut pas compter sur leur pouvoir désinfectant lorsqu'elles présentent un précipité blanc en proportion appréciable.

L'altérabilité par le temps des solutions de sublimé est un fait intéressant à connaître ; mais qui n'ôte rien de sa valeur à cet excellent antisep-

tique ; il n'est est pas de même de ceux qu'il nous reste à signaler. Il paraîtrait, d'après les expériences récentes de M. le Dr P. Lenti (1), que les solutions de sublimé comme celles d'acide phénique dans l'alcool absolu, comme dans la glycérine, sont dépourvues de tout pouvoir désinfectant, qu'elles ne deviennent actives que lorsqu'on y ajoute de l'eau et que leur énergie est en raison directe de la quantité de celle-ci. Le professeur Koch avait déjà montré, il y a une douzaine d'années, la funeste action de l'huile et de l'alcool comme véhicules de l'acide phénique ; les expériences de M. Lenti étendent cette influence au sublimé et au lysol et y ajoutent l'effet neutralisant de la glycérine. Elles ne tiendraient à rien de moins qu'à faire rejeter de la pratique toutes les préparations antiseptiques ayant pour base ces trois dissolvants et chacun sait combien leur emploi est fréquent en chirurgie et tous les opérateurs ont pu constater maintes fois leur efficacité. Pour infirmer des faits cliniques aussi solidemeut établis, sur la foi d'expériences de laboratoire, il faut que celles-ci aient été sévèrement contrôlées, nous pensons donc qu'il faut attendre avant d'adopter les conclusions auxquelles est arrivé M. Lenti, malgré tout le soin qu'il a apporté à ses recherches.

L'état sanitaire ne s'est pas sensiblement modifié depuis quinze jours. A part quelques cas de choléra et de typhus de plus en plus isolés qui se montrent de temps en temps sur différents points du territoire, la grippe et la variole sont les seules affections épidémiques qui méritent d'appeler l'attention. La grippe augmente d'intensité. Elle règne un peu partout, et vient d'éclater à New-York où elle sévit, chez les enfants surtout, la forme abdominale. En France, elle garde le caractère insidieux qu'elle a offert à un si haut degré en 1889.

La variole ne diminue pas à Paris. Elle a causé 42 décès depuis le commencement du mois, ce qui n'empêche pas la mortalité d'être extrêmement faible. Dans la dernière quinzaine, elle a été de 2,148 au lieu de la moyenne 2,456. C'est donc 300 décès de moins que les années précédentes et pourtant la population de Paris augmente toujours. On signale également de nombreux cas de variole en province. Elle règne à l'état d'épidémie légère à Nantes où elle a été apportée, dit-on, par le paquebot *Lafayette* venant de la Vera-Cruz et qui en avait eu quatre cas mortels pendant la traversée. Depuis son arrivée, on a enregistré à Nantes quarante cas et six décès.

Jules ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 février 1894. — Présidence de M. FERRAND.

Zona récidivant

M. Laveran communique, au nom de M. MATIGNON, une observation de zona récidivant. L'éruption suit le trajet des branches principales du trijumeau du côté droit ; les douleurs sont très peu intenses. La première poussée date de l'enfance.

(1) P. Lenti. De l'influence de l'alcool, de la glycérine et de l'huile sur l'action des désinfectants. (*Annali del Instituto d'igiène sperimentale della universita di Roma*, t. III, asc. IV, p. 515, analysé dans la *Revue d'Hygiène*, t. XV, p. 1026).

Déformation des doigts rappelant la main de Morvan ou la main lépreuse

M. du Cazal présente, au nom de M. Catrin, l'observation d'un malade de 19 ans atteint de déformations multiples des deux mains.

L'index droit a perdu une partie de sa phalangette ; il en est de même du médius droit, mais ici il y a en outre ankylose de l'articulation de la phalangine avec la phalangette.

La phalangette et l'extrémité supérieure de la phalangine de l'index gauche ont disparu ; pas d'ankylose.

Tous les ongles restants, sauf ceux des deux pouces, sont plus ou moins altérés, friables, cassants, rayés. Onyxis rétro-unguénale au niveau du médius gauche. Les mains sont épaisses, courtes. Avec les lésions des doigts, elles offrent tout à fait l'aspect de la main de Morvan ou de la main lépreuse.

Cependant le malade ne présente aucun trouble de la sensibilité ; les réflexes, les pupilles, le champ visuel sont normaux. Il n'y a en un mot, aucun signe d'une affection quelconque du système nerveux central ou périphérique.

Il faut enfin ajouter que le malade n'est pas originaire de Bretagne, qu'il n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel syphilitique, que ses frères et sœurs sont bien portants ; ses orteils ne présentent aucune lésion.

Scarlatine maligne ; anurie ; bains froids ; guérison

M. Juhel-Renoy rapporte l'observation d'un enfant de cinq ans et demi atteint de scarlatine maligne avec hyperthermie, convulsions, délire intense alternant avec des périodes d'assoupissement voisines du coma. Quand M. Juhel-Renoy vit le petit malade, le troisième jour de la maladie, le pouls était incomptable et la température très élevée ; éruption très intense, angine à fausses membranes. Depuis douze heures, anurie complète.

M. Juhel-Renoy mit immédiatement le malade aux bains froids. Dès le premier bain (à 25 degrés avec affusions froides sur la tête) l'amélioration se dessina ; l'enfant put avaler quelques gorgées de lait et s'endormit ; le traitement fut continué ; l'anurie disparut, et, en même temps, le délire, les convulsions, la somnolence. L'enfant est aujourd'hui complètement guéri ; il a pris en tout 11 bains froids.

Si M. Juhel-Renoy rapporte cette observation, c'est à cause de l'anurie qui était absolue depuis déjà douze heures ; on doit sans aucun doute attribuer à cette anurie la gravité de la scarlatine dans ce cas particulier ; elle produisait de l'urinémie sinon de l'urémie véritable. Or le bain froid est le plus puissant des diurétiques. Ce fait vient encore le démontrer.

M. Le Gendre cite un cas analogue à celui de M. Juhel-Renoy, guéri par l'application réitérée de ventouses scarifiées et de cataplasmes sinapisés au milieu de la région lombaire. Les observations de Renaut (de Lyon) démontrent qu'il s'agit dans ces cas d'œdème rénal et péri-rénal, produisant des phénomènes pseudo-urémiques. Renaut a de plus étudié les anastomoses qui relient les circulations rénale, péri-rénale et superficielle; on peut donc espérer agir sur les accidents cités, par une révulsion énergique et la saignée locale. C'est à ces moyens que l'on doit recourir lorsque, pour une raison quelconque, il est impossible d'appliquer dans de tels cas la balnéation froide.

M. Rendu cite un autre fait de scarlatine maligne, avec anurie traitée et guérie par les bains froids.

Purpura infectieux. Examen bactériologique du sang

M. Antony rapporte un fait de purpura se manifestant pendant plusieurs mois sous forme de poussées sur les membres, les fesses, le scrotum, les lombes ; l'affection avait

débuté sans cause appréciable dans le cours d'une bronchite. Il y eut quelques épistaxis, du mélœna, des vertiges et pendant quelque temps de l'œdème du pied droit.

On pratiqua neuf fois l'examen bactériologique du sang, pris huit fois au niveau d'une plaque d'éruption, une fois au doigt; trois ensemencements restèrent stériles; cinq autres donnèrent naissance à des colonies de staphylocoques blancs; dans trois cas il y avait, en même temps, des colonies de staphylocoques dorés.

Mais les staphylocoques sont les hôtes habituels de la peau. De telles recherches gagneront donc à être faites avec du sang puisé directement dans la veine. Il n'est donc pas possible d'affirmer que le staphylocoque était dans ce cas le micro-organisme producteur du purpura.

La langue grippale

M. Faisans lit un travail de M. Raynaud (d'Alger), dans lequel cet auteur aurait trouvé, sur 40 cas de grippe, 36 fois l'aspect spécial de la langue que M. Faisans a décrit l'année dernière.

M. Faisans ajoute que l'on voit moins souvent, dans l'épidémie actuelle, la langue porcelainique, bleutée, qui reste néanmoins, quand elle existe, pathognomonique de la grippe.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Calculs biliaires et cancer. — L'antisepsie des voies biliaires.

M. Henri Meunier a récemment publié une intéressante observation de cancer primitif des voies biliaires avec lithiase. Dans ce cas, l'ictère a manqué, même à la période ultime. L'absence de ce symptôme est, cependant, absolument exceptionnelle ; il ne s'était pas produit, dans le cas de M. Meunier, par suite de la marche du néoplasme qui, primitivement limité à la vésicule et au premier segment du canal cystique avait directement envahi le parenchyme du foie, en laissant indemnes les voies biliaires extra-hépatiques ; les canaux intra-hépatiques avaient échappé à la compression.

La coïncidence presque constante du cancer des voies biliaires et de la lithiase a été signalée par un grand nombre d'auteurs. Pour les uns, le cancer agirait en déterminant la sténose des canaux d'excrétion : d'où stase et décomposition de la bile et production des calculs ; pour d'autres, les calculs seraient primitifs et leur présence dans la vésicule constituerait une cause irritative suffisante pour provoquer l'apparition du cancer, au moins chez les prédisposés. Pour M. Meunier, la première théorie n'est appuyée sur aucune preuve et elle a contre elle les observations de cancers des voies biliaires dans lesquels on n'a pas trouvé de calculs en dépit d'une rétention prolongée. La seconde théorie est-elle donc la vraie ? Il faudrait, pour qu'on puisse la regarder comme démontrée, que les cancéreux présentent souvent des antécédents lithiasiques, or M. Meunier n'a pu trouver que deux observations françaises dans lesquelles soit mentionnée la préexistence de coliques hépatiques et l'une des deux est celle dont nous venons de parler. Il suit de tout cela que ce point de pathologie est encore en suspens.

— M. L. Galliard a mis en évidence, dans un travail très pratique, l'importance de l'antisepsie des voies biliaires. Les microbes de l'intestin passent facilement dans les conduits biliaires. Le plus souvent, c'est le bactérium-coli commune ; viennent ensuite les staphylococcus aureus, des streptocoques, des diplocoques, un bacille encapsulé, un diplo-bacille intermédiaire au bactérium coli et au diplocoque de Friedlander, etc. Ces microbes peuvent ensuite pénétrer dans le sang. Quoique pouvant s'effectuer facilement en dehors de la lithiase, la migration des microorganismes est favorisée par la présence

des calculs, aussi la lithiase biliaire se complique-t-elle souvent d'infections multiples. D'autre part, les infections biliaires ont facilement pour cause la présence des calculs et, pour M. Galliard, il est très probable, dans certaines conditions, que l'action des microbes sur la muqueuse est le point de départ des pierres biliaires. Cette action n'est pas la seule cause du développement des calculs, loin de là, mais elle existe certainement et il y a lieu de se préoccuper, à ce point de vue, de l'angiocholite infectieuse. On trouve fréquemment, en effet, dans les antécédents des sujets atteints de lithiase, les maladies infectieuses capables de retentir sur l'appareil biliaire.

Pour prévenir le développement de cette angiocholite, la première indication thérapeutique est d'antiseptiser l'intestin. Afin de réaliser cette antisepsie, après avoir prescrit e régime végétarien mitigé, on recourra aux grands lavages de l'intestin faits avec l'eau simple ou naphtolée, à l'aide d'un irrigateur ou d'un entéroclyseur :

Eau.........	1 litre
Naphtol	0, 25

Le calomel est le purgatif antiseptique par excellence. M. Galliard en prescrit souvent 1 gramme en une seule dose. Les salicylates insolubles sont aussi très utiles et le meilleur est le salicylate de bismuth à la dose quotidienne de 2 à 10 grammes.

M. Chauffard a recommandé le salol pour antiseptiser à la fois l'intestin et les voies biliaires, et M. Dujardin-Beaumetz l'associe au salicylate de bismuth de la façon suivante :

Salol..................	ââ 10 grammes
Salicylate de bismuth...	
Bicarbonate de soude...	

en trente cachets.

On peut, pendant quelques jours au moins, donner quotidiennement jusqu'à 6 gr de salol.

Pour réaliser l'antisepsie biliaire, lorsque l'antisepsie intestinale n'a pas été pratiquée assez tôt, que les éléments septiques ont pénétré dans les canaux biliaires et le parenchyme hépatique, M. Galliard ne trouve qu'un médicament, le salicylate de soude, qui serait à la fois cholagogue, analgésiant et antipyrétique. Pour M. Chauffard, le salicylate rend la bile plus abondante et plus fluide, il est analgésique et diminue les phénomènes douloureux et le spasme réflexe des conduits biliaires ; pour lui, ce médicament est particulièrement indiqué dans les angiocholites fébriles, alors que l'angiocholite ascendante est à redouter, car c'est un antiseptique qui s'élimine par les voies biliaires. Nanun recommande aussi le salicylate de soude à la dose de 2 à 5 grammes au début des coliques hépatiques et M. Dujardin-Beaumetz le donne comme cholagogue de la manière suivante :

Salicylate de soude.......	15 grammes
Eau......................	250 grammes

Prendre une cuillerée à dessert à la fin des repas.

M. Galliard, tout en accordant une certaine valeur au salicylate de soude dans la lithiase, l'a vu échouer complètement dans certains cas de coliques hépatiques.

Le salicylate est souvent mal toléré par l'estomac; on peut alors l'administrer par la voie rectale :

Eau..........................	100 grammes
Salicylate de soude............	6 à 8 —
Laudanum de Sydenham.......	1 gr. 50

Administrer à l'aide d'un tube de caoutchouc mou, et enfoncer à 20 centimètres environ de profondeur après avoir donné un lavement évacuant.

En somme, trois médicaments sont indiqués pour réaliser l'antisepsie *antilithiasique*, pour empêcher la formation des calculs, et l'antisepsie *postlithiasique* qui peut combattre

les complications de la maladie calculeuse; ce sont le calomel, le salol, le salicylate de soude.

Le calomel agit surtout sur l'intestin et il ne faut pas répéter les doses.

Le salol peut-être administré à hautes doses pendant quelques jours et, comme il n'est pas cholagogue, il est indiqué même s'il y a obstruction complète des voies biliaires.

Enfin, le salicylate de soude, antiseptique et cholagogue, doit être prescrit dans les cas d'obstruction complète des canaux et dans la colique hépatique.

REVUE DE LA PRESSE PROVINCIALE

Sommaire : Impotence fonctionnelle. — Aphasie neurasthénique. — Perforation d'une valvule aortique. — Les Pyrexies apyrétiques.

M. Delmas a communiqué à la Société de médecine de Bordeaux un cas curieux d'*Impotenee fonctionnelle*. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, clisseuse en enveloppes métalliques pour bouteilles. Son travail consiste à saisir les fils métalliques qu'elle doit nouer en les tenant à l'aide de ses deux médius bien allongés et raidis. L'effort musculaire principal porte sur eux. Peu à peu, elle ressent de la fatigue dans ces deux doigts, puis dans la main et les membres supérieurs. Doit-elle continuer, un malaise, une lassitude générale envahissent tout son corps et l'obligent à suspendre tout travail. Elle s'aperçoit alors que les deux médius sont immobiles, à demi fléchis, n'obéissant plus à sa volonté, morts et sans raideur accusée. Pendant un moment il lui est impossible de les redresser. Se remet-elle au travail, ces phénomènes successifs se reproduisent plus ou moins rapidement, dans le même ordre, selon que le repos a été plus ou moins prolongé ou que les mouvements sont plus précipités pour rattraper le temps perdu. Il n'y a jamais eu de contracture, ni de tremblement et la sensibilité cutanée parait intacte; il n'existe que de légers symptômes hystériques.

— M. Régis a pu recueillir une observation bien nette d'*Aphasie transitoire neurasthénique*. Le malade est un jeune homme de 28 ans, offrant les stigmates physiques et mentaux de la neurasthénie pubérale. Il a éprouvé une dizaine de fois des phénomènes curieux d'aphasie transitoire, rapportés tout d'abord à une tumeur cérébrale, sans trouble psychique ou somatique concomitant. Passant en revue les divers états morbides dans lesquels peut se rencontrer ce phénomène, notamment les lésions organiques du cerveau, les intoxications, surtout l'épilepsie et l'hystérie. M. Régis a conclu en se basant à la fois sur la prédominance marquée des stigmates neurasthéniques et sur les caractères des crises d'aphasie essentiellement émotives dans leurs allures, que cette aphasie transitoire n'était elle-même qu'une manifestation de la neurasthénie. Cet accident ne paraît pas encore avoir été observé dans cette névrose; cependant le professeur Ball a publié, en 1882, sous le nom d'*ischémie cérébrale fonctionnelle*, un certain nombre de cas de mutisme brusque et passager, dont quelques cas peuvent être rapportés à la neurasthénie et qu'il attribuait à un spasme localisé, à une ischémie circonscrite des vaisseaux de l'encéphale.

— M. Brunet a montré, à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, un cœur remarquable par une perforation de la grandeur d'une lentille siégeant sur la valve aortique postérieure et ayant donné pendant la vie les symptômes de l'insuffisance aortique. Comme le malade n'avait pas eu de maladie aiguë, que l'examen de l'endocarde ne montrait aucune lésion et qu'il etait athéromateux, il est rationnel de supposer qu'il s'était formé au point perforé, une plaque d'athérôme qui s'est éliminée.

M. Teissier a communiqué à la Société de médecine de Lyon une note sur les pyrexies

apyrétiques. Il a eu occasion d'observer dans son service un cas fort remarquable de pneumonie chez un adulte, ayant évoluée pendant toute la durée du cycle fébrile habituel, avec une température constamment basse et même subnormale de 36,5 à 37,6. Ce n'est que le sixième jour et au moment où les accidents locaux commencèrent à s'amender que la défervescence s'accusa sous forme d'élévation de la température. A partir du moment où la convalescence s'accentua d'une façon définitive, le thermomètre resta désormais au-dessus de 37°.

Les scarlatines, les accès paludéens même en dehors de la perniciosité peuvent se manifester aussi par des accès fébriles avec température subnormale. La dothiénentérie peut présenter la même physionomie et il y a trois ans, M. le professeur Potain a rapporté l'histoire fort intéressante d'un jeune malade de son service, ayant présenté tous les signes d'une fièvre typhoïde classique, mais dont la courbe thermique, au lieu de suivre l'évolution régulière de ses stades successifs, se caractérisa par un abaissement considérable de la température au-dessous de la moyenne physiologique, la température descendit au minimum 36,2 au moment du fastigium morbide, pour remonter ensuite régulièrement à mesure que l'affection marchait vers la convalescence; des cas de même nature ont été rapportés depuis par Gerloizy, Neridland, Furbringer, etc. Toutefois, dans ce dernier cas, il est noté que le début de l'affection a été marqué par une période pyrétique très courte, ayant duré de trente-six heures à trois jours.

Mais de toutes les affections d'ordre habituellement pyrétique, celle qui peut se présenter le plus souvent avec des allures apyrétiques ou même des températures subnormales constantes, c'est assurément la grippe.

L'interprétation à donner à de pareils faits est peut-être moins simple qu'on serait disposé à le croire dès l'abord, car la première idée qui vient à l'esprit c'est que les germes pathogènes sont susceptibles de donner naissance à des produits souvent pyrétogènes, mais d'autres fois hypothermisants.

Le laboratoire paraît confirmer cette première supposition : hypothermies provoquées en injectant aux animaux des cultures de diplobactéries recueillies dans les urines de certains grippés, recherches de Boix, Gilbert, Charrin sur le bacillus coli et l'Eberth, etc. Cependant M. Teissier est disposé à croire que ces abaissements thermiques relèvent en grande partie de la rétention dans l'organisme des produits de la dénutrition cellulaire consécutive à l'action des éléments infectieux.

Ce qu'il faut noter, c'est l'action favorable du sulfate de quinine, qui relève généralement la température.

CORRESPONDANCE

A propos de l'article 15 de la loi sur l'exercice de la médecine

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses préoccupe vivement les médecins de province, ainsi que nous l'avions fait pressentir. On ne rencontre chez eux aucun esprit de résistance. Ils sont disposés, en ce qui les concerne, à se conformer à la lettre et à l'esprit de la loi; Mais ils se demandent s'ils trouveront la même abnégation et le même dévouement dans l'administration municipale. Parmi les lettres que nous avons reçues à ce sujet il en est une qui relate un fait trop caractéristique pour que nous résistions au plaisir de la reproduire.

L'un de nos plus anciens abonnés nous raconte l'histoire suivante :

« Vers la fin de décembre, je suis appelé auprès de l'enfant de l'instituteur d'une « commune peu éloignée de ma résidence. Cet enfant offrait un cas type de scarlatine « confluente.

« Je démontre aux parents la nécessité des précautions à prendre contre la conta-
« gion de l'exanthème, surtout vis-à-vis les autres enfants de l'école. Ils me présentent
« la circulaire qu'ils avaient reçue, mais qu'ils comprenaient mal, en dépit de leur
« intelligence relative. J'entre, alors, dans les plus minutieux détails sur les mesures
« préventives à prendre, sur l'isolement indispensable de leur enfant. Je les persuade,
« et je délivre un certificat concluant au licenciement momentané de l'école jusqu'à ce
« que des mesures suffisantes de désinfection et d'antisepsie aient été prises, soit en
« raison de ce qu'un des écoliers, mal guéri d'une scarlatine avait pu répandre les
« germes du contage dans l'école, soit parce que le petit malade pouvait créer un foyer
« dangereux et facilement disséminable par ses parents aux élèves.

« L'instituteur, croyant devoir passer par la filière hiérarchique, envoie à son inspec-
« teur mon certificat à l'appui de sa demande de fermeture momentanée de l'école.
« L'inspecteur se déclare incompétent, et renvoie l'instituteur au maire : le maire
« absent, l'adjoint se récuse, hésite, et enfin, sur mes vives instances, s'adresse à la
« préfecture qui, au bout de 20 jours seulement, du début des démarches, accorde
« 3 jours pour les désinfections et l'assainissement de l'école !

« Si je n'avais pris la précaution d'informer directement ou indirectement les parents
« des enfants de l'urgence des mesures sanitaires à prendre, l'infection avait largement
« le temps de se déclarer dans l'école, une épidémie pouvait surgir par le fait des
« lenteurs administratives. Ce fait se passe de commentaires. Mais il peut se reproduire
« dans nombres de communes où les mesures hygiéniques et de désinfection contre les
« maladies contagieuses auront de la peine à être comprises, et où le médecin, soucieux
« de son devoir, trouvera des obstacles dans l'inintelligente indifférence des autorités
« locales elles-mêmes, sans parler de l'opposition que la routine élèvera de toutes
« parts. »

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Le sultan vient de conférer à M. le professeur Nocard (d'Alfort), les insignes de commandeur de l'ordre du Medjidié.

Concours de l'internat. — Questions posées à l'épreuve orale : Orifice aortique ; symptômes et diagnostic de l'angine de poitrine. — Vaisseaux et nerfs de la plante du pied ; causes, signes et diagnostic du mal perforant plantaire. — Plèvre pariétale ; signes et diagnostic du cancer pleuro-pulmonaire. — Artères rénales ; complications rénales de la scarlatine.

Concours de l'externat. — Questions posées : Fracture de la rotule. — Examen clinique des urines.

Congrès de Rome. — C'est dans le Palais des Beaux-Arts ou Palais de l'Exposition, situé rue Nationale, que se tiendront les séances du Congrès. On travaille activement à l'aménagement des salles. Les séances générales auront lieu dans le grand salon, dit salon a cristaux, qui peut contenir, assises, 1,500 personnes environ. Dans les étages supérieurs du palais trouvera place l'exposition internationale des objets relatifs à la médecine, à la chirurgie, à l'hygiène, etc.

— Le ministre de l'instruction publique a arrêté ainsi qu'il suit la délégation qui représentera la France au congrès de Rome :

MM. Brouardel ; Marcel Baudouin, secrétaire général du comité français du congrès ; Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; Bouchard, Charpentier, Chauveau, Cornil, Gariel, Pinard, Proust, membres de l'Académie de médecine ; Decori, avocat à Paris, membre de la Société de médecine légale (pourquoi cet avocat parmi

les médecins ?) ; Gellé, président de la Société d'otologie et de laryngologie de Paris ; Richet et Gilbert, de la Faculté de médecine de Paris ; Vignes, secrétaire de la Société d'ophtalmologie de Paris.

Congrès belge de chirurgie. — La *Société belge de Chirurgie* doit tenir une fois par an une réunion extraordinaire qui a lieu à Anvers, à Gand, à Liège ou à Louvain. Elle a récemment décidé de se réunir cette année à Anvers. Une seule question sera mise à l'ordre du jour de cette séance : *Les accidents de la tuberculose à la suite de l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux.* Il s'agit de procéder à une véritable enquête, non sur la fréquence de ces accidents, aujourd'hui indéniables, mais sur toutes la série de phénomènes qui accompagnent les cas observés. Un rapport sera présenté aux membres de la Société, qui mettra au point la question et qui servira de base à la discussion. Provisoirement, cette réunion a été fixée au lundi 14 mai.

Congrès pénitentiaire international de Paris en 1895. — La commission instituée pour la préparation du Congrès pénitentiaire international de Paris en 1895 s'est réunie au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Théophile Roussel, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Après l'exposé, présenté par M. Duflos, directeur de l'Administration pénitentiaire, des travaux de la Commission internationale, il a été élu, en vue du Congrès de Paris, un comité consultatif permanent.

Honoraires médicaux. — « Le docteur X... réclamait à Mme D... le payement d'une note d'honoraires dont voici le détail :

Relevé, d'après mon journal, des soins donnés à Mme D..., boulevard Saint-Germain, 2 septembre 1890 au 11 juin 1891.

Du 27 septembre 1890 au 30 novembre 1890, 25 visites à 20 francs	500
1 nuit entière	150
30 novembre 1890. — Accouchement, y compris 15 visites dans les 9 jours suivants	1.000
Soins à l'enfant	50
Du 9 décembre 1890 au 11 juin 1891, 438 visites à 20 francs	8.760
1 thermomète et 1 sonde.	20
4 visites de nuit à 50 francs l'une	200
5 visites prolongées à 30 francs l'une.	150
5 nuits entières à 150 francs l'une	750
44 opérations autres que les simples électrisations, séances d'hypnotisme, etc., à 10 francs l'une	440
	12.020

Mme D..., trouvant cette note exagérée et quant au nombre des visites (440 environ en 180 jours) et quant au prix de ces visites, refusa de payer.

L'affaire fut portée devant la cinquième Chambre civile, présidée par M. Paul Bernard, laquelle a réduit les notes du docteur X... à 3.500 francs. » Sans commentaires.

Le chirurgien peut être responsable du payement de médicaments fournis pour une opération. — Un juge de paix de Paris vient de décider, à propos d'une contestation portée devant son tribunal, que « les médicaments fournis par un pharmacien, dans le but d'une opération traitée à forfait, sont dus par le chirurgien ayant opéré le malade dans une maison de santé, où ils ont été livrés sur la commande de l'opérateur et pour les besoins de son opération. »

Inauguration du buste de Léon Tripier. — Samedi 10 février, à deux heures et demie du soir, aura lieu dans le grand vestibule de la Faculté de médecine de Lyon, l'inauguration du buste élevé à la mémoire de Léon Tripier.

— Les professeurs d'art dentaire des universités allemandes viennent de se réunir à Berlin pour discuter l'organisation de l'enseignement de cette spécialité. Ils demandent aux pouvoirs publics d'exiger des dentistes trois années d'études qui devront être entièrement faites dans les instituts universitaires.

Les praticiens dentistes s'étaient précédemment réunis et avaient émis un vœu analogue.

— Le conseil supérieur de l'Assistance publique vient d'adopter une proposition de M. Paul Strauss, président de la 5e commission d'assistance publique du conseil municipal, relative à la réorganisation du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Aux termes de cette proposition, le conseil municipal sera représenté désormais par onze de ses membres dans le conseil de surveillance de l'Assistance publique ; c'est-à-dire qu'il comprendra le tiers de l'assemblée.

En outre, le conseil de surveillance a décidé de s'adjoindre des personnalités choisies parmi les accoucheurs des hôpitaux et les médecins des bureaux de bienfaisance, ainsi qu'un patron et un ouvrier désignés parmi les membres du conseil des prud'hommes.

— La Société centrale de l'association générale des médecins de France, a tenu sa séance annuelle le 4 février, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le *Journal officiel* du 1er février contient des instructions relatives à l'admission des étudiants en médecine dans l'une des trois écoles-annexes de médecine navale établies dans les ports militaires de Brest, Rochefort et Toulon, et qui ont pour objet :

1° De préparer au premier examen de doctorat les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale et de faire accomplir, par les candidats à la carrière pharmaceutique, les trois années de stage réglementaire ;

2° D'initier les docteurs en médecine et les pharmaciens universitaires de 1re classe, nommés médecins et pharmaciens auxilliaires de 2e classe de la marine, aux connaissances spécialement requises pour le service du département.

— Un grand nombre de journaux politiques annoncent depuis quelques jours la retraite du dirececteur actuel de l'Assistance publique. *La France* signale l'opposition du Conseil municipal dans les termes suivants :

« Le directeur de l'Assistance publique de France, laquelle existe seulement sur le papier, ne pouvait pardonner au directeur de l'Assistance publique de Paris son budget de 40 millions.

« — Vous êtes trop riche, Monsieur, lui disait-il.

« — Et, comme M. Peyron était prodigue autant que millionnaire, M. Monod vient enfin de le déboulonner.

« C'est pour ça que la cinquième commission se déclare en permanence.

« On lui a annoncé officieusement que le successeur du disgracié serait M. X..., mais elle craint que ce ne soit en réalité son Eminence Grise... »

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Herscher (Paris), — Le Maguet (Cléguérec), — Notaris, médecin de la marine, — d'Hubert (Tlemcem), Salet (Saint-Germain-en-Laye), — de Bonnefoux (Versailles), — Crebessac (Tonnens), — Deneux (Saint-Arnaux-les-Eaux), — Herpin (Tours), — Lacroze (Gaillon), — de Navenne et Ch. Edwards (Paris), — Descubes Oradour-sur-Vayres), — Gérard (Beauvais).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain

Les angines de poitrine

Messieurs,

Nous avons en ce moment, dans nos salles, six malades atteints d'angine de poitrine. On désigne sous ce nom des affections très différentes les unes des autres, que l'on range autour d'un type décrit par Rougon. Dans ce type, les principaux symptômes sont une douleur dans la poitrine accompagnée d'irradiation du côté de l'épaule, du bras, des doigts et de l'anxiété; la douleur cesse très rapidement, mais elle se reproduit de temps à autre et dure chaque fois plus longtemps; à chaque accès le malade est menacé de mort subite.

C'est à Heberdeen qu'est dû le nom « angine de poitrine », que Jaccoud trouve excellent. Pour moi, au contraire, c'est un mauvais mot qui donne à croire que l'on a affaire à une entité morbide unique, tandis qu'an contraire, il n'en est rien et que sous cette rubrique, on range des faits extrêmement disparates.

On a voulu décrire séparément une angine de poitrine grave et une angine de poitrine bénigne. C'est là une division artificielle et parmi ceux qui ont les symptômes habituels dans les cas les plus graves, il en est qui guérissent.

On a divisé aussi les angines en vraies ou fausses. Personnellement, je ne puis guère admettre qu'il y ait des pseudo-maladies ; quand une maladie est mal nommée, il faut en changer le nom, mais elle existe toujours. Du reste, il est très difficile de s'entendre sur ce que l'on doit comprendre par ces mots vrai et faux. Si on admet que l'expression « vrai » désigne la maladie essentielle comme pour une névralgie faciale non symptomatique, par exemple, ce sens n'est pas celui de l'appellation angine vraie, puisque tout le monde désigne ainsi les angines dans lesquelles il y a des lésions profondes, variables du reste.

On pourrait sortir de la confusion en faisant une bonne définition de la maladie, mais cette définition est difficile et jusqu'à présent, on s'est borné pour la faire à esquisser une sorte de description plus ou moins complète. C'est ainsi que Gelineau, dans un ouvrage d'ailleurs fort bien fait, où il a réuni un grand nombre de documents sur l'angine de poitrine, en donne la définition suivante · L'angine de poitrine est une affection caractérisée en général par une douleur lancinante, d'une violence extrême, apparaissant subitement dans la région sternale, avec irradiation constante à la paroi thoracique et fréquente au membre supérieur gauche, forçant les malades à s'arrêter dans un état d'angoisse inexprimable.

Il est évident que cette définition est trop longue, mais de plus, ce qui est plus grave, elle ne contient pas rien que le défini et tout le défini. C'est ainsi que la douleur est rarement lancinante, que le caractère de violence

est secondaire, puisque des angines à lésions profondes ne causent parfois que peu de souffrances. L'apparition subite n'est pas non plus un caractère constant et dans beaucoup de cas, la douleur atteint graduellement son maximum. S'il est vrai qu'elle occupe surtout la région sternale, elle peut aussi siéger ailleurs et on a même décrit des angines de poitrine sans angine. Les irradiations se font parfois dans les membres inférieurs, le cou, la mâchoire. L'angoisse n'est pas non plus un phénomène constant et son intensité ne répond pas à la plus ou moins grande gravité d'un cas donné. J'ai vu mourir sous mes yeux un homme qui était venu me consulter en passant afin de me permettre de l'examiner au moment d'un des légers accès de douleur pectorale qu'il présentait de temps à autre. Pendant que je l'auscultais, le pouls s'arrêta et il tomba mort. Un autre malade que j'ai vu à la consultation de Necker avait si peu d'angoisse, qu'il refusait d'entrer à l'hôpital et que je dus insister beaucoup pour l'y décider. Cependant il succomba brusquement en montant l'escalier pour se rendre dans la salle et à l'autopsie, on trouva les lésions caractéristiques de l'angine dite vraie.

Voici, je crois, les caractères que l'on peut reconnaître à tous les cas d'angine de poitrine : douleur paroxystique profonde, occupant le devant de la poitrine, avec tendance à l'irradiation aux membres et à la tête. Quand, chez un malade, vous constatez cet ensemble de symptômes, vous pouvez dire : angine de poitrine.

Lorsque l'on fait l'autopsie d'un malade qui a succombé à l'angine de poitrine, tantôt on ne trouve absolument rien, tantôt on découvre des lésions du cœur et des gros vaisseaux, en particulier de l'aorte. Les artères coronaires sont atteintes souvent et leur lésion est fort intéressante, car elle peut être prédominante ou même exister seule. On les trouve dures, volumineuses, crétacées, ossifiées. Cette ossification est-elle cause certaine d'angine ? Non, car on la trouve fréquemment à l'autopsie des vieillards, sans que la maladie ait existé à un moment quelconque de la vie. Ce qui est important, c'est le rétrécissement de l'artère et j'ai montré, en 1886, dans un article du Dictionnaire encyclopédique, comment agissait ce rétrécissement ; il peut, du reste, ne pas occuper l'artère elle-même, mais résulter d'une altération de l'aorte à son orifice.

L'ischémie est une cause d'angine de poitrine ; la lésion est constante et ses effets sont intermittents ; comment expliquer ce fait ?

L'insuffisance de l'irrigation sanguine est la cause des accès en modifiant le fonctionnement du cœur. La circulation, dans un muscle tel que le cœur, a un double rôle ; elle apporte les matériaux nécessaires à la nutrition, d'une part, et, d'autre part, entraîne l'acide carbonique et l'acide lactique après avoir fourni l'oxygène. Pour que la nutrition s'accomplisse normalement une faible circulation suffit, au contraire, le fonctionnement du muscle, s'il est poussé à un certain degré, exige une circulation rapide. La nutrition peut se faire encore alors que le fonctionnement est devenu presque impossible. Cependant, à un certain moment, la nutrition est elle-même compromise, et il survient des dégénérescences cardiaques plus ou moins étendues. Le rétrécissement de l'orifice de l'une ou des deux coronaires suffit pour rendre très promptement la circulation insuffisante pour un fonctionnement un peu exagéré et il y a limitation de l'action fonctionnelle. A l'état normal, pour un travail modéré, le cœur reçoit assez de

sang ; s'il doit fournir un travail plus considérable (ascension, coït), la circulation intra-cardiaque n'est plus suffisante et le cœur traduit sa souffrance par un accès d'angor. Il se passe là un fait analogue à ce que l'on a décrit chez le cheval sous le nom de *claudication intermittente*. Chez le cheval, une des iliaques se rétrécit souvent. Dans ces conditions, si l'animal marche à petite allure, il peut remplir les services qu'on lui demande, mais si l'on veut lui faire forcer le pas, les muscles du membre inférieur ne reçoivent plus assez de sang pour un travail considérable et la bête tombe à terre, avec un membre postérieur rigide, froid, couvert de sueurs ; très-rapidement ces phénomènes cessent, mais ils reparaissent dès que les circonstances qui les ont fait naître se reproduisent de nouveau.

Le rétrécissement de l'ouverture des artères coronaires peut devenir considérable, à tel point que c'est à peine si, parfois, on peut y faire passer une soie de sanglier. Très souvent, s'il y a rétrécissement des deux artères, la mort subite se produit ; sur 9 cas ou cette double lésion a été constatée, il y a eu 8 morts brusques et une seule fois le malade a succombé à l'asystolie lente. Les lésions de l'aorte, celles de l'orifice aortique sont trés fréquentes.

Le tableau clinique de l'angine de poitrine due à l'oblitération des coronaires reproduit à peu près tous les traits de la description classique. La douleur siège sur le devant de la poitrine et présente les irradiations que je vous ai signalées ; elle est profonde, constrictive ou bien les malades se plaignent d'une sensation de déchirement, d'arrachement. L'angoisse est fréquente et revêt les caractères de celle qui accompagne si fréquemment les douleurs viscérales. Beaucoup de descriptions insistent sur l'existence d'un sentiment de mort prochaine, dont il est bien difficile d'établir au juste la réalité. Dans l'immense majorité des cas, le malade n'a pas de dyspnée, la respiration se ralentit et diminue d'amplitude ; la dyspnée tient à une complication, parfois à une congestion pulmonaire. Le pouls faiblit habituellement beaucoup et cet affaiblissement peut indiquer un danger immédiat. Assez souvent à la fin de l'accès, les malades présentent des séries d'éructations.

Je ne veux pas insister aujourd'hui sur le diagnostic. Je vous dirai simplement que lorsque chez un malade porteur de lésions aortiques, il survient de l'angine de poitrine, il y a lieu de supposer le rétrécissement des coronaires. Je ne connais que 4 ou 5 cas où ce rétrécissement fut trouvé à l'autopsie sans qu'il y ait eu angine ; il s'agissait alors de malades atteints de lésions cardiaques orificielles profondes et condamnées au repos.

L'angine de poitrine causée par une lésion des coronaires peut guérir car l'altération de l'aorte qui entraîne parfois le rétrécissement, est susceptible de disparaître. Le traitement devra être continué 1 an, 18 mois et plus et aura pour base l'emploi de l'iodure de sodium, aux doses de 30 à 60 cent. par jour en plusieurs fois. On emploiera une solution à 2 pour 100 et on suspendra l'usage du médicament pendant huit jours, au bout de trois semaines d'administration, pour le prescrire ensuite de nouveau et continuer de la même manière sans se lasser. Naturellement le malade devra éviter tout ce qui peut exagérer l'activité cardiaque.

De quelques modifications opératoires de l'anus iliaque

L'opération de l'anus artificiel a des indications multiples ; mais, parmi celles-ci, le cancer du rectum occupe une des plus larges places et c'est à ce seul point de vue que nous allons nous occuper de l'ouverture chirurgicale de l'intestin pour dériver le cours des matières.

Dans cet ordre d'idées, de véritables progrès ont été réalisés depuis quelques années, on ne discute plus aujourd'hui sur le lieu d'élection. La colotomie lombaire d'Amussat a été complètement abandonnée, pour laisser la place à la méthode de Littre, à la colotomie iliaque

C'est donc sur l'S iliaque que devra se créer l'anus artificiel, mais de nombreux procédés opératoires ont été imaginés permettant soit l'ouverture immédiate de l'intestin fixé, soit, au contraire, la création ultérieure d'un orifice après la formation des adhérences, ce qui évite la nécessité de la suture. C'est Maydl qui a imaginé, comme on le sait, de sortir d'abord une partie du côlon pelvien maintenu au dehors à l'aide d'un corps étranger passé dans le mésoiliaque, et prenant point d'appui sur la surface externe de la paroi abdominale. L'incision du gros intestin n'est pratiquée que plus tard, quand toute communication est fermée entre le péritoine et l'extérieur. Pour maintenir l'anse intestinale, on a tour à tour prôné une lanière de gaze iodoformée, une broche en fer, une sonde de gomme préalablement immergée dans l'iodoforme ; enfin, une baguette de verre stérilisée. Tous ces moyens de suspension ont leurs qualités et leurs défauts, les uns trop mous sont insuffisants pour soutenir l'intestin ; les autres trop résistants blessent par leurs extrémités la paroi abdominale, chacun demande à être surveillé d'un peu près.

C'est pour éviter ces petits inconvénients que M. Ch. Audry a proposé un nouveau procédé publié dans les archives provinciales de chirurgie, sous le nom de colostomie transpariétale, sur lequel, dans le même recueil, revient M. Jeannel (de Toulouse). Ce procédé consiste à remplacer le tuteur : bougie en gomme, baguette de verre, lanière de gaze iodoformée, par un lambeau emprunté à la paroi. Pour ce faire, au lieu d'élection habituelle, on trace une incision brisée formant dans son milieu un lambeau carré à base inférieure. On dissèque ensuite la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, et on rabat ces parties sur l'arcade de Fallope. On sectionne alors sur une même ligne oblique les muscles et le péritoine, comme dans le procédé de Littre, et l'on arrive sur l'anse iliaque qui est attirée au dehors. Au centre de son mésentère, en évitant les vaisseaux, on fait une boutonnière longitudinale de deux à trois centimètres.

Dans cette boutonnière, sont alors recousus le péritoine, le fascia transversalis et les muscles ; puis le lambeau cutanéo-aponévrotique est passé dans cette même boutonnière et recousu au-dessus d'elle, ce qui fait, en un mot, et pour être plus clair, qu'un plan musculaire suturé, doublé d'un lambeau cutanéo-aponévrotique remplace la tige de verre et sert à soutenir l'anse iliaque qui passe à cheval sur ces différentes parties. M. Jeannel dans son dernier article loue beaucoup cette opération, qu'il trouve « simple, facile, élégante, sûre et qui deviendra, dit-il, forcément classique ». Cette dernière proposition est peut-être un peu prématurée. Certes, le procédé d'Audry est très ingénieux ; mais remplit-il les indications que Maydl et Reclus après ce dernier, ont cherché à réaliser ; nous ne le croyons pas.

Que se propose-t-on, en effet, quand on emploie la méthode de Maydl ? de pratiquer une opération élémentaire, rapide, à la portée de tous, incapable de causer le moindre traumatisme au malade. Il faut quelques minutes pour la réaliser et chaque fois que nous l'avons employée nous avons été frappé de l'aisance avec laquelle elle est rapidement terminée, Ce sont même ces qualités qui font qu'elle a pour nombre de chirurgiens, remplacé la méthode avec suture et ouverture immédiate de l'intestin.

L'opération d'Audry est certainement plus compliquée. M. Jeannel, lui-même, dans le travail cité tout à l'heure, nous en donne une preuve. « J'ai trouvé, dit-il, très difficile de suturer, couche par couche, le péritoine et la couche musculaire, à travers la boutonnière forcément étroite, dont on troue le mésentère », et plus loin... « Il est fort malaisé, ajoute-t-il, de manœuvrer (dans la boutonnière) l'aiguille et les fils qui doivent édifier les étages réguliers de la suture ». Aussi croit-il cette reconstitution méthodique de la paroi théoriquement utile et, en réalité, superflue, et il propose de ne passer dans le mésentère perforé qu' « un lambeau purement cutané ou plus exactement composé de la peau et du tissu cellulo-adipeux sous-cutané jusqu'à l'aponévrose exclusivement.

Certes, ainsi comprise, l'opération est beaucoup plus simple; mais a-t-elle une supériorité incontestable sur le procédé ordinaire de Maydl? Y a-t-il vraiment un grand inconvénient à employer une bougie en gomme, une lanière de gaze iodoformée ou tout autre moyen de soutenir l'intestin? Nous ne le pensons pas, et si M. Audry a pris la peine de ménager une couche musculaire pour soutenir l'S iliaque, c'est qu'il redoutait de ne pas trouver dans un lambeau cutané les qualités de résistance et de nutrition suffisantes. Ces craintes, pour M. Jeannel, sont exagérées. Il a fait le lambeau cutané et n'a jamais eu d'accidents ; mais on peut se demander pourtant si chez des sujets affaiblis, dans un très mauvais état général, un lambeau un peu trop mince, inégalement disséqué, ne donnerait un peu de sphacèle, ou ne constituerait pas un point d'appui insuffisant.

De deux choses l'une, ou on veut faire vite et à peu de frais, et, dans ce cas, le procédé de Maydl nous paraît remplir toutes les conditions ; ou on a son temps, et alors contre quoi le chirurgien doit-il lutter? Contre le prolapsus intestinal, contre l'invagination si fréquente et qui cause tant de désagrément à l'opéré. Eh bien, l'opération d'Audry ne pare pas à cet inconvénient et nous proposerions, pour notre part, de constituer dans la paroi un trajet à l'intestin, afin qu'il pût contracter des adhérences dans une assez grande étendue.

On créerait donc un espèce de canal qui serait traversé par le côlon, qui lui donnerait un point d'appui et qui, de plus, intra-musculaire, aplatirait les parois de ce côlon l'une contre l'autre et par son élasticité empêcherait l'invagination. Ce trajet musculaire aurait de plus l'avantage de s'opposer dans d'assez grandes proportions à l'issue des matières fécales en créant un espèce de sphincter à l'extrémité ouverte du bout supérieur. Comme c'est ce même bout supérieur qui fait le plus souvent hernie, on pourrait se borner, dans certain cas, à constituer un seul lambeau carré à base inférieure, comprenant la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose du grand oblique et le muscle petit oblique ; ce lambeau disséqué, au niveau de sa base, on couperait le transverse, le péritoine, on attirerait l'anse du côlon pelvien

au dehors, on suturerait à nouveau le péritoine et le transverse en arrière de cette anse intestinale, et, par-dessus cette dernière, on rabattrait le lambeau contenant le petit oblique. Le trajet musculaire serait ainsi constitué. Du point interne de la base de ce lambeau partirait une incision suffisante pour laisser repasser le côlon qui serait maintenu momentanément au dehors par une baguette de verre jusqu'à la formation des adhérences, c'est-à-dire jusqu'au moment où on doit sectionner l'intestin au thermocautère.

Il y a là, il nous semble, un moyen de parer au prolapsus, à la chute intestinale au travers de l'anus artificiel ; nous ne savons pas si des essais ont été entrepris dans cette voie, et nous nous proposons de l'expérimenter.

Eugène ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1894 — Présidence de M. ROCHARD.

Courte séance, un comité secret ayant, dès quatre heures, interrompu les communications.

M. le professeur Cornil a lu, en son nom et au nom de M. Rochard, un rapport sur un mémoire de M. Zancarol, intitulé :

Traitement chirurgical des abcès du foie des pays chauds

Le procédé opératoire spécial de l'auteur est imaginé surtout en vue d'éviter l'introduction du pus des abcès hépatiques dans le péritoine ou la plèvre. Il comprend trois temps pour les abcès du lobe droit qui sont de beaucoup les plus fréquents : *a* la ponction à travers la paroi abdominale avec un ou plusieurs trocarts pour déterminer la position et l'étendue de l'abcès ; *b*, l'incision au thermocautère des plans superficiels, la résection d'une côte, si cela est utile, l'incision de l'abcès au thermocantère, puis l'introduction du doigt en crochet dans la cavité de l'abcès. Le doigt sert à maintenir le foie et à introduire deux écarteurs tenus par les aides qui empêchent ainsi l'écoulement du pus dans le péritoine ; *c*, on procède ensuite à la toilette de l'abcès, à l'irrigation avec une solution chaude au millième d'acide salicylique et au nettoyage complet à l'aide d'éponges montées. Cela fait, on remplit la cavité de gaze iodoformée et on complète le pansement antiseptique. Pour les abcès du lobe droit, il y a eu 54 guérisons et 57 morts, dont 32 avec des abcès multiples, constamment mortels.

Pour le lobe gauche, on emploie le bistouri et on n'a pas à faire de résection de côtes. Sur 30 abcès du lobe gauche, 17 ont guéri et il y a eu 13 morts.

En prenant tous les cas sur 157 malades, il y a eu 77 guérisons et 77 morts et 3 malades sortis avant guérison.

14 abcès ont été examinés au point de vue bactériologique par MM. Kruse et Pasquale qui ont vu 6 fois des amœbes associés une fois au streptocoque et au staphylocoque, une fois au bacille du colon. Sur les 8 abcès sans amœbes, 2 renfermaient des streptocoques, 1 le staphylocoque et le bacille du côlon ; 3, le bacille pyorganique et, enfin, 1 abcès a été stérile.

M. Zancarol est convaincu de l'existence d'une liaison pathogénique entre l'abcès du foie et la dysenterie. Il est cependant remarquable de voir combien les espèces sont nombreuses et variées selon les cas. De là à penser que la dysentérie est le résultat de microbes divers, il n'y avait qu'un pas à faire. Cependant, d'après l'étude expérimental

qu'il a faite des abcès du foie, M. Zancarol incline à penser que le streptococcus pyogène est le microbe prépondérant dans la pathogénie de la dysentérie et des abcès du foie. C'est du moins la conclusion qu'il a tiré de ses expériences sur les chats. Pour M. Cornil, il ne faut pas se hâter d'émettre une opinion absolue. Jusqu'ici on a trouvé des résultats très variés dans les ulcérations dysentériques et dans les abcès du foie et il n'en est aucun qui appartienne en propre à la dysentérie. M. Kartulis avait cru que les amœbes en étaient la cause, mais cela n'est pas sûr. MM. Chantemesse et Widal avaient mis en cause un bacille qui n'est autre que le bacillus coli communis ; il est possible que beaucoup de bactéries banales puissent déterminer ces lésions.

Chez les animaux d'espèces différentes, les ulcérations intestinales ayant l'apparence de la dysenterie humaine sont causées par des bactéries diverses suivant chaque espèce. De plus, dans les expériences pratiquées sur les animaux, il faut tenir compte du procédé opératoire, du traumatisme, et ce dernier doit intervenir vraisemblablement pour une part dans les phénomènes réactionnels ulcératifs ou infectieux consécutifs.

De l'exothyropexie comme traitement chirurgical des goitres. Mécanisme de la guérison des goitres suffocants et ophtalmiques

Tel est le titre d'un mémoire lu par M. Poncet en son nom et au nom de M. Jabouley (de Lyon). — L'exothyropexie est une nouvelle opération dans laquelle les goitres chirurgicaux, jusqu'alors justiciables de l'ablation : thyroïdectomie partielle, strumectomie sont, après de larges incisions cervicales, luxés au dehors et maintenus ainsi exposés à l'air. A la suite de ces manœuvres chirurgicales, le tissu pathologique s'atrophie, d'où la guérison du goitre et la disparition des troubles fonctionnels qui en étaient la conséquence.

Les veines et les artères se reconstituent sous leur type normal et il se forme des adhérences cutanées qui finissent par aboutir à la constitution d'une bourse séreuse cloisonnée. Tantôt le goitre disparaît définitivement, tantôt il subit deux transformations principales selon qu'il y a formation de noyaux ou de kystes. Comme cette évolution vers les kystes et les noyaux est la marche naturelle des goitres, on peut dire que l'exothyropexie hâte cette transformation. Elle est une opération *curative* à elle seule et sans autre adjuvant, une opération d'*urgence* dans les goitres plongeants ; enfin, elle peut être le premier temps d'une excision ou d'une énucléation qui alors se feront à sec et en dehors des loges du cou.

L'opération s'adresse à toutes les variétés anatomiques des goitres : vasculaires (qui ne relèvent que d'elle surtout s'ils sont volumineux), parenchymateux, à noyaux, polykystiques gros ou petits, rétro sternaux ou cervicaux, elle est applicable aussi à toutes leurs variétés cliniques : goitres simples, goitres exophtalmiques, goitres des crétins.

Dans les goitres exophtalmiques les modifications provoquées ainsi du côté du parenchyme thyroïdien entraînent la diminution, la disparition des troubles à distance : tachycardie, tremblements, etc. Enfin, l'état mental des exothyropexies a paru se modifier heureusement et les signes de déchéance intellectuelle, si fréquents chez cette catégorie de malades, s'amendent. 14 exothyropexies ont donné 14 succès.

— Dans un comité secret, l'Académie a entendu la lecture du rapport de M. Laveran sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : En première ligne : M. Blanchard ; en deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Ferrand et Huchard ; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Du Castel, Legroux et Sevestre.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Etiologie et traitement du psoriasis

L'étiologie du psoriasis est encore extrêmement obscure. Est-ce là une des manifestations d'un état constitutionnel ? Un trouble trophique consécutif à des altérations du système nerveux central ou périphérique ? S'agit-il d'une affection parasitaire ?

En 1878, le professeur Lang, d'Innsbrück, prétendit avoir découvert dans le psoriasis un champignon, le *lepocolla repens*; le psoriasis serait donc pour lui une maladie parasitaire.

Cette théorie fut acceptée par plusieurs auteurs, et l'on en chercha la confirmation dans les inoculations. Quelques-unes semblèrent réussir ; M, Destot obtint sur lui-même une inoculation positive. Mais, il faut bien le dire, dans la plupart des cas, ces essais ne donnèrent aucun résultat. La pathogénie de l'affection est donc encore très obscure.

Cette intéressante question a été reprise récemment au *congrès de l'Association médicale britannique*. M. Radcliffe Crocker (qui a autrefois introduit l'acide thymique dans le traitement du psoriasis) a apporté les remarques que lui a fourni l'examen de huit à neuf cents cas de psoriasis qu'il a observés dans ces dix dernières années.

Dans la clientèle particulière, les deux sexes sont également atteints; parmi les malades de l'hôpital, au contraire, le nombre des femmes atteintes de psoriasis est deux fois plus considérable que celui des hommes. Cela tiendrait à deux causes ; d'abord aux plus grands loisirs des femmes et aussi à l'influence débilitante de la grossesse et de la lactation. Quant à l'âge, 72 fois pour 100, le psoriasis débute avant 30 ans, 22 fois et demi pour 100 entre 30 et 50 ans, enfin 5 fois et demi pour 100 seulement après 50 ans. Le plus jeune malade avait 3 ans et le plus âgé 85 ans.

M. Crocker ne partage pas cette opinion d'Hébra, que « le psoriasis est une maladie des gens bien portants ». Le psoriasis s'accompagne, même au-dessous de 30 ans, de troubles de la santé, qui peuvent s'accentuer beaucoup chez les plus âgés. Sur 30 cas observés en ville, Il y avait en même temps 7 fois de la goutte, 5 fois de la dyspepsie et de la constipation, 4 fois des troubles nerveux, 3 fois de l'alcoolisme, 2 fois des altérations rénales, 2 fois des troubles cardiaques. L'hérédité était notée dans un très grand nombre de cas; cependant le psoriasis n'atteint que rarement plusieurs membres d'une même génération.

Quant à la cause de psoriasis, elle n'est pas encore établie. Plusieurs faits plaident en faveur de la théorie parasitaire : 1° L'affection frappe les sujets jeunes souvent très bien portants ; 2° L'inflammation est ordinairement légère, les lésions s'étendent à leur périphérie pour former des taches circulaires et arrondies; les éléments satellites sont communs; 3° les médicaments ayant quelque action sont tous des parasiticides; 4° le psoriasis semble inoculable.

D'autres faits, il est vrai, vont à l'encontre de cette théorie parasitaire : 1° l'affection affecte des parties symétriques, coudes, genoux, et elle reste longtemps limitée à certaines régions ; 2° elle apparaît chez des sujets prédisposés à la suite d'influences dépressives et débilitantes ; 3° elle s'améliore rapidement après la disparition de ces causes; 4° l'inoculabilité n'est pas suffisamment démontrée. On ne peut admettre l'opinion de Nielssen qui regardait les cas héréditaires comme des exemples de contagion; s'il en était ainsi les cas de contagion de mari à femme et réciproquement seraient très fréquents, bien plus fréquents que les cas de contagion de parents à enfants, et l'on trouverait bien plus souvent plusieurs membres d'une même famille atteints en même temps ; 5° l'influence saisonnière ne s'explique pas avec la théorie parasitaire ; 6° enfin, dans de très nombreux cas, le psoriasis ne commence que dans la deuxième moitié de la vie et s'accompagne de troubles de la santé générale.

M. Crocker repousse la théorie de Wilson qui regardait le psoriasis comme une forme atténuée de la syphilis; il ne croit pas non plus qu'il soit une manifestation de la dyscrasie arthritique des auteurs français. Il pense que le psoriasis est sous la dépendance de deux facteurs : un trouble vaso-moteur primitif, une infection parasitaire secondaire, mais nécessaire pour que l'affection soit nettement constituée.

Au point de vue thérapeutique, l'arsenic, qui est nuisible dans les cas aigus, produit un effet favorable dans les cas chroniques, probablement par son action sur les terminaisons nerveuses. L'iodure de potassium à hautes doses est utile probablement à cause de son action diurétique. Il faut attentivement surveiller le traitement par l'antimoine, qui a été prescrit quelquefois chez des personnes robustes ou dans les cas hyperhémiques. La térébenthine est utile quand les reins sont sains ; elle agit probablement par vaso-constriction et en diminuant ainsi l'hyperhémie.

M. Mapother est depuis longtemps un des partisans de la théorie parasitaire du psoriasis. D'après lui, le parasite se répandrait par la circulation, ce qui expliquerait la symétrie fréquente, la diffusion parfois rapide et progressive de l'éruption, et enfin la dilatation des capillaires que l'on n'observe dans aucune affection parasitaire locale, telle que les teignes. Si le psoriasis se localise souvent dans certains points, tels que les coudes, les genoux, c'est que, au niveau de ces régions, le sang et surtout les leucocytes n'ont pas une circulation très active. Enfin, un dernier argument est fourni par l'efficacité d'un traitement mercuriel (externe ou interne), poussé lentement jusqu'au mercurialisme, et continué après la guérison apparente. C'est encore avec ce traitement que l'on voit le moins souvent des récidives.

M. Norman Walker est lui aussi partisan de la théorie parasitaire du psoriasis, et pense, comme M. Mapother, que le micro-organisme se dissémine par la voie circulatoire.

M. Pringle, au contraire, regarde le psoriasis comme dû à une trophonévrose. Pour lui, la théorie parasitaire ne repose sur aucune donnée évidente, et il ne connaît aucun micro-organisme qui, introduit dans le sang, se localise en des points symétriques pour y produire une éruption. La symétrie des lésions, l'hérédité de l'affection, sa tendance à se localiser en des points de moindre résistance, par exemple en des points soumis à des pressions, son association plus fréquente qu'on ne l'admet généralement avec l'arthritisme, enfin les effets favorables de l'arsenic et de l'iodure de potassium sont de puissants arguments en faveur de la trophonévrose.

M. Balmanno Squire pense que les parasiticides dont a parlé M. Crocker agissent surtout comme irritants énergiques. Cependant, il croit que la symétrie des lésions n'est pas un argument contre la théorie parasitaire, car les éruptions microbiennes peuvent être tout aussi symétriques que les éruptions parasitaires.

M. Peeke-Richards a observé un grand nombre de cas de psoriasis dans un asile d'aliénés. Ce fait viendrait certainement à l'appui de la théorie nerveuse du psoriasis.

Traitement du psoriasis par le suc thyroïdien

M. Byrom Bramwell a été conduit à employer le suc thyroïdien dans le psoriasis par les résultats favorables que ce traitement produit dans les lésions cutanées du myxœdème et du crétinisme. Dans 11 cas de myxœdème et dans 3 cas de crétinisme, qu'il traita par l'ingestion d'extrait thyroïdien, M. Bramwell vit se produire une desquamation extrêmement abondante. Il pensa donc que puisque ce traitement avait une telle action sur la nutrition cutanée, on pouvait l'employer dans de nombreuses affections de la peau,

Le 4 février dernier, M. Bramwell expérimenta ce traitement chez une jeune fille de

18 ans, atteinte d'un psoriasis très étendu. La malade absorba chaque jour le quart d'une glande thyroïde crue, finement hachée. Très rapidement la rougeur et les démangeaisons diminuèrent, et l'affection s'améliora à ce point que, le 1er mars, l'éruption avait en grande partie disparu. Le 6 juin, la malade sortait de l'hôpital absolument guérie. Elle n'avait suivi aucun régime particulier et n'avait pris d'autres médicaments qu'un peu de noix vomique. Il faut noter que le 1er avril, comme l'amélioration semblait se ralentir, on avait suspendu le traitement thyroïdien pour prescrire l'arsenic. Mais au bout de quelques jours l'éruption avait reparu et on avait dû revenir au suc thyroïdien qui fit justice en un mois de cette nouvelle poussée.

M. Bramwell a traité de la même façon plusieurs autres cas de psoriasis. Dans un de ces cas, le malade était épileptique et prenait du bromure de potassium ; les résultats furent nuls. De plus, il faut remarquer que, même lorsque le traitement donne des résultats satisfaisants, il ne prévient pas les récidives. Toutefois, les excellents effets du suc tyroïdien, dans plusieurs cas, suffisent à justifier l'essai de cette médication, et cela non seulement dans le psoriasis, mais aussi dans d'autres affections de la peau ; grâce aux remarquables effets du suc tyroïdien sur la nutrition de la peau, on peut espérer obtenir des résultats favorables dans le lupus, l'eczéma, etc. M. Bramwel a déjà traité ainsi un cas de lupus et un cas d'eczéma ; mais il faudra plusieurs faits semblables pour acquérir une certitude.

Depuis la communication de M. Bramwell, on a expérimenté plusieurs fois, en Angleterre, le traitement tyroïdien contre le psoriasis, et il faut dire que tous les essais n'ont pas été suivis de succès. Tel est le cas que M. Talfourd Jowes rapporte dans le *British Medical Journal* du 30 décembre dernier ; tels sont aussi les deux cas de M. Balmanno Squire (6 janvier).

A l'actif de la méthode de M. Bramwell, il faut cependant citer un fait de psoriasis syphilitique rapidement amélioré par le suc tyroïdien ; dans ce cas, rapporté par M. John Gordon, l'action de la médication avait été assez nette.

BIBLIOTHÈQUE

La moelle épinière et l'encéphale avec applications physiologiques et médico-chirurgicales et suivis d'un aperçu sur la physiologie de l'esprit, par Ch. Debierre, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille (1 beau volume grand in-8° avec 242 figures en noir et en couleurs dans le texte, et une planche en chromo-lithogravure hors texte. — Félix Alcan éditeur.)

Pour écrire ce livre, l'auteur n'a pas eu seulement recours à l'anatomie pure, à l'anatomie macroscopique. Il s'est souvenu que l'histologie éclaire la physiologie, et que l'embryologie explique la morphologie. Il a donc parachevé l'étude de la moelle épinière et des diverses parties de l'encéphale de l'adulte, par l'étude des mêmes parties chez l'embryon et le fœtus humains.

A l'histoire descriptive et évolutive des centres nerveux, complètement renouvelée dans ces dernières années, M. Debierre a pensé que pour les élèves en médecine, comme pour les praticiens, il était nécessaire de joindre l'étude des propriétés physiologiques de chaque organe et celle de la pathologie, car il est impossible, surtout en pathologie nerveuse, de porter un diagnostic précis et savamment discuté, sans connaître à fond l'anatomie et la physiologie.

Enfin, M. Debierre a complété ces études par un important chapitre de psycho-physiologie car, autant que les philosophes, le médecin doit être au courant de l'histoire

des facultés mentales, savoir comment elles naissent, se développent, s'acquièrent, se troublent ou se perdent.

Cet ouvrage contient à côté de nombreuses recherches personnelles sur divers points d'anatomie et d'embryologie du système nerveux central, l'exposé des travaux les plus récents publiés sur ces questions qui fournissent aux savants des sujets d'études et de recherches inépuisables.

COURRIER

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. Rouanet et Desforges-Meriel sont institués aide d'anatomie.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Perriot (Marius-Antoine) est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

M. le docteur Porte (Jean-René) est institué suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le professeur Raynaud est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie chirurgicale.

M. le professeur Derignac est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie médicale.

Concours de l'Externat. — Les épreuves de ce concours se termineront samedi prochain 10 février. Questions posées : Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.

— Dans un travail du *Récueil de médecine vétérinaire,* M. Nocard signale les variations considérables de température qu'il est possible d'obtenir chez les chevaux, sous la seule influence des variations atmosphériques. Ainsi l'exposition au soleil peut provoquer, en quelques heures, une hyperthermie de 1°, 1°5 et 2°. Par contre, la pluie, le vent et le brouillard peuvent abaisser, dans les mêmes proportions, la température centrale des animaux. Mais certains chevaux, soumis à ces mêmes influences atmosphériques, s'y montrent complètement réfractaires.

— M. N. Senn, un médecin américain, vient de faire don de sa bibliothèque à la *Newberry Library* de Chicago. Elle vaut plus de 250,000 francs, et renferme en particulier la bibliothèque de William Baum, professeur de chirurgie à Gœttingue, achetée en 1886 par M. Senn ; elle contient beaucoup de périodiques de grande valeur et de classiques. Décidément ce n'est qu'aux institutions indépendantes de l'Etat que le public donne avec quelque plaisir. Nous en savons quelque chose en France. (*Revue scientifique*).

Les décorations militaires. — Sous ce titre, le docteur Noel donne dans le *Bulletin Médical* les renseignements suivants vraiment bien dignes d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

Un journal militaire vient de rechercher, à l'occasion des nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur faites dans l'armée au 1er janvier, quelle était, pour chaque arme, l'ancienneté de service des nouveaux promus.

Chaque campagne ou blessure étant considérée comme une année de service, on trouve que pour obtenir le ruban rouge, il faut :

23 ans 1/2 dans le génie, — 24 ans dans le service d'Etat-major, — 24 ans 1/2 dans les écoles, — 25 ans dans l'artillerie, — 25 ans 3/4 dans la gendarmerie, — 26 ans 1/2, dans l'infanterie, — 27 ans dans le recrutement, — 27 ans dans la cavalerie, — 28 ans dans l'intendance, — 28 ans dans les vétérinaires, — *30 ans* dans les *médecins*, — 31 ans, dans le train, — 33 ans, dans les pharmaciens.

Ce tableau est essentiellement suggestif. Il démontre mieux qu'un long discours avec quelle équité sont traités nos confrères dans l'armée. S'ils s'ont à la peine, ils ne sont guère aux honneurs

La chose est si forte que le journal militaire auquel nous empruntons ces renseignements les accompagne de la réflexion suivante : « Il est regrettable de constater que « l'ancienneté des médecins augmente toujours et qu'ils sont décorés *plus tard* que les « vétérinaires. »

— La *Ligue contre la tuberculose*, instituée en France depuis quelques années, trouve des imitateurs à l'étranger. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, sous l'impulsion du docteur de Lancey-Rochester, une Ligue américaine contre l'extension de la phtisie, instituée sur le modèle de la Ligue française, fonctionne depuis quelques mois déjà. En Russie, grâce à l'initiative du docteur Schnaubert, de Moscou, la Ligue organise et développe sa propagande par des conférences et la distribution d'un nombre immense d'instructions sur la contagion et la prophylaxie de la tuberculose. Enfin, l'Association canadienne pour la santé publique, présidée par le docteur Persillier-Lachapelle, de Montréal, vient de s'affilier à la Ligue française.

— Le professeur Billroth, de Vienne, est mort hier, mardi, à Abbasia.

Nécrologie. — MM. les docteurs Beaufils (de Rennes), Dépourtot (de Beaucourt), Ch. Lejard (de Biarritz), ancien interne des hôpitaux de Paris, et de M. Edouard Collinet, interne des hôpitaux.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Aux termes de la décision présidentielle du 6 novembre 1893, les professeurs titulaires dans les Ecoles-annexe de médecine navale peuvent demander, après deux années d'exercice, à être relevés de leurs fonctions et à concourir pour l'embarquement. Les professeurs qui solliciteraient ainsi leur rentrée dans le service général avant l'accomplissement des cinq années d'enseignement, prendront rang sur la liste d'embarquement un mois après la date que le ministre aura fixé, suivant les besoins du service, pour la cessation de leur enseignement.

D'autre part, la décision présidentielle précitée ayant fixé à cinq années le maximum de la durée de l'enseignement, il est devenu nécessaire de pourvoir au remplacement d'un certain nombre de professeurs, dont la période d'exercice dépasse actuellement cette limite, savoir : à Brest, MM. le médecin principal Guyot et le médecin de 1re classe Brédiam , enfin, à Toulon, MM. le médecin principal Fontan et le médecin de 1re classe Bertrand.

Ces remplacements s'effectueront à la suite de concours qui auront lieu pendant les vacances scolaires de 1894, savoir :

1° Pour la chaire de petite chirurgie, à Toulon, le 24 septembre prochain ;

2° Pour la chaire d'anatomie, à Brest, le 11 octobre ;

3° Pour les deux chaires de chirurgie navale, à Toulon, le 24 octobre.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La très importante discussion sur le *traitement du prolapsus utérin* a pris fin dans la dernière séance et la conclusion qu'on peut tirer de ces importants débats, nous paraît être la suivante :

Les opérations plastiques portant sur le vagin constituent le traitement de règle ; l'hystérectomie vaginale ne doit s'appliquer qu'aux cas exceptionnels, encore doit-elle être complétée par la colporraphie et la colpopérinéorraphie. Quels sont les symptômes qui constituent ces cas exceptionnels, M. Quénu nous le dira tout à l'heure.

Avant de donner la parole à ce chirurgien défenseur de l'hystérectomie et promoteur de la discussion, M. Monod rapporte l'observation d'une femme atteinte de chute de l'utérus et présentant, de plus, une paralysie des membres inférieurs, la mettant dans la complète impossibilité de soulever les talons du plan du lit. Cette malade réclamait à grands cris une opération qui fut faite. L'hystérectomie vaginale amena chez elle une amélioration considérable ; le lendemain, elle pouvait soulever ses membres inférieurs et huit mois après elle était en bon état, marchait suffisamment pour venir ouvrir la porte à l'interne de M. Monod, qui venait constater son état.

Comme le fait remarquer le chirurgien de Saint-Antoine, ces particularités sortent un peu de l'objet principal de la discussion, mais ce sont là des faits curieux bien étudiés par Brown-Sequard, et dont il existe, en somme, peu d'observations, telles celles de Nonat de Romberg et d'Echeverria.

FEUILLETON

Dr Androclès-Busener

La chirurgie n'est pas chose dont on puisse rire. Elle impose à tous, moins par son objet lui-même que par ses moyens d'action, un respect nuancé d'admiration craintive. La pourpre dont elle ruisselle en fait une Majesté. C'est pour cela que, malgré ses progrès qui sont de chaque heure, malgré ses innovations, ses hardiesses, ses témérités, elle fournit rarement la matière de ces causeries de quinzaine dont la bonne humeur devrait s'assombrir à son contact, sous peine de devenir inconvenante. Aujourd'hui, cependant, je ne saurais passer sous silence une intervention absolument exceptionnelle, dangereuse à faire trembler, dont les journaux d'Amérique nous ont apporté tout récemment le dramatique récit.

Le 29 décembre dernier, vingt-cinq personnes (l'opérateur, ses aides, des étudiants et quelques journalistes) étaient réunies dans un amphithéâtre d'opérations à New-York, attendant la venue du patient. Une certaine émotion transparaissait sur les physionomies de ces hommes habituellement calmes et très maîtres d'eux-mêmes. Tous les

— M. Marchand n'est pas partisan de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin. Depuis 1881 il a eu à traiter 80 cas de ce genre et n'a jamais vu les femmes malades se plaindre d'accidents sérieux, et pourtant il y en avait qui, depuis 8 et 7 ans, portaient leur utérus hors de la vulve. Celles qui étaient le plus impressionnées étaient jeunes, avaient quelques malaises et souffraient de l'impotence fonctionnelle déterminée par la lésion ; mais jamais les troubles occasionnés ne rendaient la vie insupportable à la patiente et n'arrivaient à constituer plus qu'une infirmité. La conclusion qu'en a tirée M. Marchand est logique : à une affection bénigne, il faut opposer une opération bénigne ; ce qui n'est pas le cas de l'hystérectomie, puisque celle-ci, déjà assez meurtrière par elle-même, le devient davantage, d'après la statistique de M. Hartmann, dans le prolapsus utérin.

Du reste, continue M. Marchand, l'importance étiologique de l'utérus est peu de chose dans sa chute ; à part l'allongement hypertrophique du col, la hernie de l'utérus peut être comparée à celle de l'intestin qui est toujours bien maintenue si les anneaux sont bien constitués. De même pour la matrice ; c'est donc à la paroi vaginale et à l'affaiblissement du plancher périnéal qu'il faut s'opposer. La colpopérinéorraphie est dans ces cas une opération excellente et très bénigne. Si on ajoute, en effet, aux 80 opérations de M. Marchand les 160 interventions semblables de M. Bouilly, on arrive à un total de 240 opérées sans une seule mort.

Cette colpopérinéorraphie demande, il est vrai, pour réussir, à être bien faite. Pour sa part, il obtient un plancher périnéal très épais et long de 6 à 7 centimètres. De plus, la direction de ce corps périnéal est tel qu'à la paroi vaginale postérieure succède un plan ascendant qui ferme le vagin. L'utérus vient alors se placer dans l'angle ainsi formé et y est solidement maintenu.

Avant de donner la parole à M. Quénu, M. Lucas-Championnière tient à dire que, contrairement à l'avis formulé par M. Després dans la dernière séance, il estime que c'est par le seul acte opératoire qu'on arrive à guérir les prolapsus utérins ; que tous les appareils et ceintures employés contre

---

regards étaient tournés vers la porte d'entrée qui tardait à s'ouvrir et derrière laquelle un vacarme inusité faisait comprendre qu'on n'amenait pas sans peine le futur opéré. On entendait, par instants, les cris affreux qu'il proférait, véritables rugissements qui donnaient la chair de poule. Chaque fois que ces terribles vibrations venaient ébranler les échos de la salle et en faire trembler les vitres, on pouvait voir les têtes se détourner furtives et les yeux, d'un mouvement rapide, explorer tout le local comme pour s'assurer qu'il y existait quelque refuge, quelque retraite assurée, quelque voie de sortie : Mais voici qu'un verrou grince ; un pène chante dans la serrure ; la porte s'ouvre. — Une crispation contracte à la fois tous les visages.....

Une jeune fille charmante, toute gracieuse et toute mignonne, venait d'entrer, le sourire aux lèvres, une gaîté dans les yeux. D'un geste harmonieux et souple de gymnasiarque elle salua l'assistance, puis, se retourna vers un colis volumineux que des hommes de peine amenaient avec précaution derrière elle. C'était, sur un chariot massif dont la plate-forme s'élevait jusqu'au niveau de la table d'opération, une grande cage à solides barreaux d'acier qu'occupait un lion superbe. Il rôdait, la tête haute, autour de sa prison, frottant du menton la grille et les parois, s'arrêtant parfois un moment pour examiner, de son regard tranquille et dédaigneux de bête puissante, le petit groupe

cette affection, loin de remplir toutes les qualités, comme le dit M Després, sont, au contraire, tellement insuffisantes, que ce sont les malades mêmes, portant ces bandages depuis longtemps, qui viennent à tout prix réclamer l'opération du chirurgien, et M. QUÉNU prend la parole pour clore le débat.

Il se félicite d'avoir fait sortir des cartons nombre d'hystérectomies vaginales pour prolapsus, ce qui lui permet de dresser une statistique nouvelle et de porter à 58 le nombre de ces opérations pratiquées en France. Résumant ensuite l'opinion des différents orateurs, il constate que l'hystérectomie est adoptée par certains d'entre eux, dans des cas particuliers ; que quelques autres sont sceptiques et ne se prononcent pas ; qu'enfin une troisième classe de chirurgiens se montre absolument hostile à cette opération, notamment M. Bouilly, qui a voulu généraliser l'idée émise par M. Quénu en le faisant appliquer l'extirpation de l'utérus au traitement du prolapsus en général ; ce qui n'a jamais été dans son esprit.

Il n'y a, en effet, aucun parallèle à établir entre les opérations vaginales plastiques et l'hystérectomie. La colporraphie, la colpopérinéorraphie seront toujours le traitement de choix, sauf dans certains cas exceptionnels. Ces interventions, en effet, dans quelques cas rares, il est vrai, mais qui existent, sont absolument insuffisantes. Quand les parois abdominales, le périnée, la vulve sont à ce point relâchés que toute réparation est impossible, chez ces vieilles femmes qu'on rencontre au Bureau central et qu'aucun appareil ne peut soulager, l'ablation de l'utérus est la seule ressource, d'après M. QUÉNU, et qu'on n'aille pas dire que c'est parce que la réparation vaginale aura été mal faite ; c'est là un argument trop facile à invoquer pour être sérieux.

Si l'on fait entrer en ligne de compte la gravité opératoire, il est certain qu'une règle définitive sera difficile à énoncer ; mais, sauf la difficulté de séparer l'utérus de la vessie, difficulté que M. Le Dentu a éprouvée et qu'il avait lui-même signalée, M. Quénu, ne voit pas comment cette opération ne sera pas menée à bonne fin. Les accidents hémorragiques n'ont pas, en effet,

---

d'hommes massés près de la table, et recommençant sa promenade en boîtant très bas. Ce bel animal était blessé en effet. D'un caractère difficile ou jaloux, il s'était pris de querelle avec un de ses compagnons de cage qui l'avait horriblement mordu à la cuisse. On n'avait pu faire lâcher prise à son adversaire qu'à force de coups de barres de fer et de coups de fourches. Le vaincu avait eu la vie sauve, mais il était resté infirme, au grand désespoir de sa jolie dompteuse.

Celle-ci avait consulté tous les vétérinaires de New-York. Ils avaient conclu, avec un ensemble honorable pour leur profession et exemplaire pour quelques-unes des autres, qu'une seule intervention leur paraissait de nature à sauvegarder à la fois les intérêts de la ménagerie, la sécurité de la dompteuse et la leur propre : c'était de tuer le lion blessé.

Comme dans l'histoire de la Belle-au-Bois-dormant, au baptême de qui on avait invité toutes les fées sauf une seule, Mlle Pauline Nana (c'est la maîtresse de notre lion) n'avait oublié qu'un praticien. Mais tandis que la fée du conte faillit tout perdre, le praticien dont il s'agit devait tout sauver. Sa grande âme ne se blessa point qu'on n'eût pensé à lui qu'en désespoir de cause. Songez aussi combien le cas était étrange et captivant ! Quelques esprits malveillants ajouteront peut-être que c'était là une incompa-

ébranlé son opinion. On opère en plein jour, l'utérus au dehors, et rien de plus facile que de lier les vaisseaux qui donnent.

M. Quénu termine en discutant la question de la sangle formée par les ligaments larges. Martin et Asch, qui les premiers ont ainsi suturé les ligaments, ont à l'heure qu'il est, des succès datant de sept et de six ans. Qu'on ne dise pas, comme M. Reclus, que c'est là un mince plancher pour les viscères abdominaux. Dernièrement, M. Quénu a eu l'occasion, dans une laparotomie faite d'urgence pour une hémorrhagie consécutive à une hystérectomie vaginale, de vérifier la résistance de la sangle formée par la suture de ces puissants ligaments ; elle est considérable et cette suture sera toujours de qualité supérieure à la cicatrice se formant toute seule après la levée des pinces à forcipressure. En somme, dit l'orateur en terminant, la colpopérinéorraphie est meilleure, mais elle ne suffit pas à tous les cas et à ces cas exceptionnels s'adresse l'hystérectomie vaginale.

Quelques communications intéressantes ont occupé la dernière partie de la séance ; mais, auparavant, citons, à propos du procès-verbal, les quelques paroles prononcées par M. Tuffier et ayant pour but de répondre au professeur Le Dentu sur la question de priorité dans la *néphrolithotomie*. Les expériences de M. Tuffier sur le chien ayant trait à la suture du rein ont fait l'objet d'une présentation à la Société anatomique, le 18 mai 1888; tandis que l'opération de M. Le Dentu date du 26 juin de la même année. Quant à l'hémostase préventive dans l'extirpation du rein, M. Tuffier ne l'a encore vue indiquée par aucun auteur.

Certains chirurgiens recherchent avec raison la perfection dans la pratique des sutures, tant au point de vue de la résistance, qu'au point de vue de l'esthétique. C'est le cas de M. Pozzi, qui a fait part à la Société de chirurgie d'un procédé qu'il a rapporté d'Amérique et qui permet d'obtenir une ligne cicatricielle simple et à peine visible. On sait que dans les sutures entrecoupées, les points de sortie des fils et même le niveau de leur trajet restent quelquefois rouges, et donnent lieu à des marques disgracieuses. On évite ces petites difformités en pratiquant la *suture* dite *intradermique*,

---

rable réclame ; j'aime mieux croire que de belles larmes dans de beaux yeux sont un irrésistible argument, même à New-York. Toujours est il qu'on s'était décidé à tenter l'impossible...

Chacun est à son poste ; toutes les dispositions sont prises. Des liens solides, des chaînes toutes préparées. Mlle Pauline Nana, un nœud coulant entre ses petits doigts bien gantés, se tient à la porte de la cage. « *All ready* ? — *Yes* — *All right* ! » Et la grille glisse dans ses rainures. Néron (c'est le fauve) hésite un moment, mais un claquement de langue de la jeune fille le décide ; d'un seul bond, malgré sa patte blessée, il franchit sans sourciller la table et les assistants, et le voilà trottant menu autour de la salle, l'air plus effaré que méchant.

Avez-vous vu, aux courses de taureaux, lorsque l'animal furieux se lance tête baissée contre un groupe de *chulos*, avec quelle prestesse inouïe ceux-ci s'enlèvent par-dessus l'enceinte de la piste et disparaissent, en un clin d'œil, laissant leur adversaire stupéfait d'un pareil escamotage?

Non moins rapide fut l'évacuation de la salle d'opération du docteur Busener. En moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire, aides, assistants, journalistes, tous avaient

qui n'est autre qu'un surjet commençant à une des extrémités de la plaie et dont le fil passe dans le derme parallèlement à la surface de la peau sans l'atteindre et alternativement d'un côté à l'autre de l'incision. Le fil sort à l'autre extrémité de la plaie où un nœud le maintient. Ce fil chemine donc toujours dans la profondeur et ne peut altérer la surface cutanée. On comprend l'avantage de ce procédé dans les blessures de la face ou de n'importe quelle région exposée aux regards. M. Pozzi a pratiqué plusieurs fois cette suture et toujours avec succès.

M. Ricard a ensuite communiqué à la Société l'observation d'un *fibro-sarcome volumineux du corps thyroïde ayant nécessité la résection de la jugulaire interne*. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans cette intervention, c'est l'hémorrhagie qui eut lieu par le tronc brachiocéphalique veineux au niveau de l'embouchure de la jugulaire interne sectionnée. Pour arrêter l'épanchement sanguin considérable qui se faisait aussitôt les pinces enlevées par cette large ouverture, M. Ricard ne put appliquer une ligature qui aurait presque effacé le calibre d'un vaisseau aussi important. Il eut alors l'idée de faire des points de suture de Lembert et parvint ainsi à obturer complètement l'orifice qui donnait. Il y a là une manière de faire nouvelle, qui rendra certainement service à ceux qui auront affaire à une perte de substance d'un large tronc veineux.

L'ordre du jour a été épuisé par une lecture de M. Calot, sur un cas de *résection de la hanche* et par la présentation de plusieurs malades.

Entre autres, M. Nélaton a montré un prostatique auquel il a pratiqué un méat suspubien par le procédé de Poncet. Ce dernier chirurgien, présent à la séance, félicite M. Nélaton de son succès. L'opération date aujourd'hui d'un an. Et M. Desprès, après avoir rapporté l'idée mère de cette méthode à Avicenne qui, pourtant, pratiquait la boutonnière périnéale, annonce à la Société qu'il fera cette opération.

Eugène Rochard

---

fui comme une volée de moineaux. Mlle Nana et le lion restaient seuls en présence, l'une poursuivant l'autre.

Non sans peine elle réussit à le faire rentrer dans la cage qui fut soigneusement refermée. Entr'ouvrant alors les portes de leurs cachettes, les opérateurs imitent la manœuvre des souris de la fable,

« Mettent le nez à l'air, montrent un peu la tête,
« Puis rentrent dans leurs nids à rats,
« Puis, ressortant, font quatre pas,
« Puis enfin se mettent en quête, »

et reprennent leur place autour de la table d'opération. L'animal est extrait de nouveau mais, cette fois, avec des précautions infinies. On le ligote rapidement, on l'enchaîne, on le fixe solidement, bref on s'en rend maître... assez pour ne plus le craindre, trop peu pour le soigner. Des soubresauts énormes le secouent ; il se convulse à tout rompre ; il rugit à faire trembler les mânes de Jules Gérard et l'ombre de Tartarin ; c'est au point que la foule déjà s'amasse dans la rue. L'anesthésie seule en pourrait avoir raison.

L'anesthésie, c'est bientôt dit ; mais allez donc tenir la compresse à deux pouces de

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur le mécanisme histologique de la sécrétion des glandes granuleuses

Par L. Ranvier

On a considéré longtemps les glandes comme de simples filtres, retirant du sang des substances qui y étaient contenues. L'évolution des cellules des glandes sébacées et de la mamelle conduisit bientôt les histologistes à reconnaître que ces cellules élaborent elles-mêmes les produits qui forment le matériel de la sécrétion. Cela est facile à démontrer, pour les glandes sébacées, puisque, dans chacune de ces glandes, on peut observer la formation intracellulaire de la graisse et sa mise en liberté par la destruction des cellules qui la contenaient.

On fut même porté à généraliser et l'on crut avoir observé un mécanisme analogue dans les glandes muqueuses. Ce n'est cependant pas ainsi que les choses s'y passent. Les cellules qui font du mucigène ne se détruisent pas pour le mettre en liberté. Celui-ci s'en dégage, tandis que les parties importantes de l'élément cellulaire, c'est-à-dire le noyau et le protoplasma, persistent dans la glande pour y travailler à la formation de nouvelles masses de mucigène. C'est pour cela que j'ai désigné les glandes où la sécrétion se fait par ce dernier mécanisme sous le nom de *glandes mérocrines*, réservant le nom de *glandes holocrines* à celles dont le produit est constitué par les cellules tout entières, qui se détachent au terme de leur évolution.

En poursuivant l'étude du mécanisme de la sécrétion dans les glandes muqueuses, j'ai pu reconnaître que leurs cellules spéciales, cellules muqueuses ou caliciformes, contiennent, en outre de leur mucigène et de leurs travées protoplasmiques, des vacuoles qui sont soumises à un mouvement physiologique continu et dont l'activité peut être beaucoup augmentée par l'excitation électrique.

Il fallait, dès lors, rechercher si ce mouvement vacuolaire existait dans les glandes granuleuses comme dans les glandes muqueuses. Je me suis adressé pour cela à la glande sous-maxillaire du rat, glande granuleuse, à laquelle est associée une glande muqueuse, plus petite, que j'ai appelée glande rétrolinguale. Le sous-maxillaire et la

---

cette mâchoire furieuse qui s'ouvre large comme un gouffre et se referme à toute minute formidablement ! La voie hypodermique et la bonne morphine présentaient, dans le cas actuel, une de ces supériorités qui s'imposent. En enfonçant l'aiguille loin de la tête et du côté opposé aux griffes, vers la fin de l'épine dorsale, on pouvait agir presque sans risques. Il ne fallut pas moins de vingt-cinq centigrammes de l'alcaloïde pour calmer ce lion de deux ans. — Nous voici loin de la goutte de laudanum qu'il faut prescrire fractionnée aux enfants du même âge. — Le résultat fut merveilleux. Néron s'apaisa comme par miracle. Des rêves enchantés d'amour et de liberté bercèrent son cerveau de fauve ; il revécut les heures joyeuses de son enfance, les courses folles sur le sable encore brûlant du désert malgré la fraîcheur apaisée de la nuit, les délicats festins de chair de gazelle et d'antilope et, dans l'ombre triste des cavernes, les longues siestes partagées par la lionne préférée, par la puissante et gracieuse compagne des chasses de la veille.

Pendant qu'il songeait à tant de si douces choses, on l'explorait, on le palpait, on recherchait, sur son fémur brisé, la crépitation... une crépitation de lion qui donnait le frisson. La réduction fut laborieuse. Il ne fallut pas moins d'une longue demi-heure d'efforts surhumains pour vaincre la tonicité musculaire de cette cuisse royale qui dut

rétrolinguale sont contenus dans une même capsule et semblent ne faire qu'une seule glande. Elles possèdent cependant chacun un canal excréteur distinct. Les deux canaux, excessivement minces, sont accolés et cheminent ensemble dans tout leur trajet. Le nerf destiné aux glandes se dégage du lingual au point où il est croisé par les canaux excréteurs ; il accompagne ceux-ci pour pénétrer dans les deux glandes au niveau de leur hile. Ce nerf, pas plus que les canaux glandulaires, ne peut être disséqué et isolé à l'œil nu. Il ne faut donc pas songer à l'exciter isolément. On ne peut, à plus forte raison, introduire des canules salivaires dans les canaux excréteurs des glandes similaires du rat; mais j'ai tourné la difficulté au moyen d'un dispositif très simple. Il consiste en une pince électrique presque microscopique, construite avec deux fils de platine et de la cire à cacheter. Les fils de platine sont introduits au-dessous des canaux des deux glandes et du nerf qui les accompagne, et maintenus en place sans qu'il se produise sur les canaux glandulaires une compression capable d'entraver le cours du liquide sécrété. Après quoi on envoie dans ces fils un courant d'induction interrompu, d'abord très faible et dont on augmente progressivement l intensité jusqu'à ce que l'on voie le rat faire de nombreux mouvements de déglutition, ce qui montre qu'il arrive dans la bouche beaucoup de salive. L'animal est ensuite sacrifié par la décapitation et les glandes sont rapidement enlevées pour être soumises à l'action de réactifs fixateurs.

Si l'on examine alors, d'abord la glande sous-maxillaire qui n'a pas été excitée, on voit bien, sur les coupes des culs-de-sac glandulaires quelques vacuoles dans quelques cellules granuleuses, mais ces vacuoles sont peu nombreuses et petites Les coupes de la glande excitée montrent, au contraire, dans presque toutes les cellules des culs-de-sac, des vacuoles grandes, nombreuses, confluentes souvent. Sous l'influence de l'excitation sécrétoire, il s'est donc produit une vacualisation très considérable, comparable à celle des cellules caliciformes de la membrane rétrolinguale de la grenouille soumises à une excitation analogue.

Les glandes salivaires granuleuses, au lieu de sécréter de l'eau et du mucus, comme les glandes muqueuses, sécrètent de l'eau et de la diastase. Les vacuoles contiennent de l'eau. Dans les cellules muqueuses, cette eau, en s'échappant de la cellule, entraîne du mucigène et forme du mucus. Il est probable que l'eau des vacuoles des cellules granuleuses sort aussi de la cellule en entraînant de la diastase élaborée par le protoplasma cellulaire.

---

subir ensuite la honte du rasoir avant d'être emprisonnée dans un bandage d'une solidité à toute épreuve. Vous pouvez croire qu'on ne ménagea ni les attelles ni les tours de bande. Les derniers ne furent pas appliqués sans difficulté. Néron, dont les reins étaient sains comme ceux d'un jeune buveur d'eau, avait eu le temps d'éliminer toute sa morphine. Le réveil était venu, doublement terrible après les charmes du rêve ; de toute la hauteur des illusions ensoleillées qui venaient de lui sourire, la chute dans la réalité navrante était terrible. La pauvre bête en fut remuée jusqu'au plus profond de son être et le fit bien voir. La rentrée dans la cage fut tout un drame. On commença par attacher une corde solide à la patte de derrière qui n'était point blessée. Trois hommes attelés à l'extrémité de cette corde, qui traversait la cage, attirèrent l'arrière-train. La tête et les membres antérieurs restaient, pendant cette manœuvre étroitement amarrés à la table. On en relâchait peu à peu les liens à mesure que le corps de l'animal pénétrait dans la caisee. Bientôt il y fut tout entier. La grille fut repoussée en une seconde, et le redoutable client fut captif de nouveau.

Au dernières nouvelles, il allait aussi bien que possible. Une ultime difficulté reste à vaincre cependant, car la levée de l'appareil n'ira pas toute seule. On espère, sans y trop compter, que, séduit par les dôuceurs de la morphine, Néron se soumettra volontiers

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Lésions des capsules surrénales d'origine infectieuse

M. Roger. — Lorsque l'on inocule à un cobaye une culture virulente de pneumo-bacille de Friedlander, la mort survient en vingt-quatre ou trente-six heures ; l'autopsie revèle de profondes lésions des capsules surrénales ; ces organes sont le siège d'hémorragies abondantes qui peuvent infiltrer tout le parenchyme ; sur les coupes microscopiques, on constate que le sang a fait irruption de la grande veine capsulaire, il a comprimé les éléments cellulaires, et, agissant mécaniquement, en a déterminé la sclérose ; les cellules se présentent sous l'aspect de masses sphériques, sans noyau visible et d'une teinte brun uniforme. Ce n'est qu'à la périphérie, au-dessous de la membrane d'enveloppe, qu'on peut parfois retrouver quelques cellules intactes ; mais le nombre en est si minime qu'on peut dire, sans exagération, que toute la capsule est perdue au point de vue fonctionnel.

Ces lésions si intenses, semblent relever de toxines microbiennes ; elles ne se produisent que chez les cobayes ; chez le lapin on peut observer des hémorragies au cours de l'infection pneumo-bacillaire ; mais celles-ci siègent exclusivement dans l'intestin, et les capsules sont intactes ; la localisation qui se produit chez le cobaye tient évidemment au grand développement des capsules chez cet animal et à leur activité physiologique. On sait, en effet, que leur extirpation ou leur écrasement est suivi d'une auto-intoxication. A elles seules, les lésions capsulaires que produit le pneumo-bacille suffisent donc à expliquer la mort.

On peut rapprocher ces résultats des observations d'inflammation hémorragique des capsules, recueillies chez l'homme par Virchow et Matteï.

Infections salivaires

MM. Paul Claisse et Ernest Dupré ont entrepris une série d'expériences systématiques destinées à déterminer les conditions, les voies et les conséquences de tout ce processus morbide pour lequel ils ont préparé le terme général « d'infection salivaire », Ce terme a l'avantage de ne pas préjuger la nature inflammatoire des lésions.

Les résultats de l'expérimentation corroborent les conclusions de l'analyse chimique et de l'interprétation anatomo-pathologique. Les auteurs ont obtenu :

à de nouvelles injections, et l'on va jusqu'à émettre l'hypothèse d'une ruse qui lui ferait simuler ensuite une raideur articulaire du genou dont le massage et l'assouplissement seraient le prétexte de nouvelles et presque quotidiennes piqûres.

La presse américaine a le devoir de nous tenir au courant de cette observation, la seconde qui ait été publiée. La première, celle d'Androclès, vieille de plusieurs siècles, a dû à l'insuffisance des méthodes scientifiques de cette époque reculée de rester incomplète au point qu'elle semble vraiment ne nous avoir été conservée et transmise que pour affirmer une fois de plus la généralité et l'universalité de cette loi bien connue : « Il n'y a rien de nouveau sous le soleil ».

FORMULAIRE

Traitement du rhume de cerveau

Morelle Mackenzie conseille, au début, de priser la poudre suivante, mais jamais plus de vingt-quatre heures.

Sulfate de morphine.............	0 gr. 12
Sous-nitrate de bismuth.........	3 gr. 15

1o Par la ligature aseptique des canaux excréteurs la rétention aseptique de la salive dans la cavité glandulaire. Cette hydroparotidite expérimentale a son analogie en clinique ;

2o En cherchant à réaliser l'infection de la glande saine à canal ouvert par l'injection de cultures microbiennes pathogènes, ils ont noté, même en lésant au préalable le canal excréteur, l'échec presque constant des tentatives d'infection ; ce résultat négatif démontre qu'il ne suffit pas de la pénétration d'un microbe dans la glande pour créer une lésion. Il faut que l'organe soit malade (traumatisme, infection générale grave, intoxication) pour qu'il puisse s'infecter. Dans ces derniers cas, en effet, le résultat positif de l'injection infectante met en évidence le rôle de la déchéance de l'organe dans le développement de l'infection.

Dans la défense contre l'infection, le rôle du canal est moins important que celui du parenchyme proprement dit. Le canal ne contient pas les glandes à mucus dont le rôle défensif a été bien mis en lumière par Wurtz et Lermoyez à propos du mucus nasal. D'ailleurs, quelques expériences démontrent le rôle accessoire du canal de Sténon dans la défense de la parotide.

Cette défense est assurée par l'abondance et la constance de la sécrétion salivaire dont le rôle chimique et surtout mécanique est de première importance.

3o En cherchant à réaliser l'infection de la glande à canal fermé MM. Claisse et Dupré ont obtenu par l'injection d'une culture microbienne dans le canal en amont d'un obstacle (ligature, corps étranger), un résultat positif qui montre une nouvelle analogie entre les résultats de l'expérimentation sur les voies urinaires, biliaires et salivaires. Ce résultat, réalisant un exemple fourni par l'observation clinique, éclaire la pathogénie des suppurations salivaires secondaires à l'obstruction des canaux excréteurs (compressions, calculs etc.).

Des données concordantes de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, les auteurs déduisent les conclusions suivantes : l'infection salivaire a presque toujours une origine buccale, une topographie canaliculaire. Secondaire dans son étiologie, elle est subordonnée à des conditions générales et locales qui se résument ainsi : d'un côté déchéance anatomique et fonctionnelle du parenchyme glandulaire ; de l'autre, ascension dans ce milieu dégénéré de bactéries pathogènes auxquelles l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la glande interdit normalement l'accès des grandes voies d'excrétion et les migrations plus lointaines.

Recherches bactériologiques sur les fausses membranes des syphilides diphtéroïdes

MM. Hudelo et Bourgès. — Les recherches bactériologiques sur les agents microbiens, qui déterminent la formation des fausses membranes à la surface des syphilides se bornent jusqu'ici à l'étude de deux cas, publiés par M. Bourgès et par M. Boulloche, dans ces deux cas on avait isolé le streptocoque pyogène, on pouvait donc se demander si la formation pseudo-membraneuse dans les syphilides diphtéroïdes était subordonnée à la présence constante et à la prédominance évidente d'un microbe toujours identique, tel que le bacille de Lœffler dans la diphtérie, ou le streptocoque dans l'angine scarlatineuse. MM. Hudelo et Bourgès ont essayé d'éclairer cette question par l'étude de quatre nouveaux cas et ils ont pu se convaincre que le plus souvent on rencontrait des microbes pathogènes différents ;

1er et 4e cas : Bacterium coli commune.

2e cas : Staphylococcus aureus.

3e cas : Streptococcus pyogènes, associé au staphylococcus aureus et à l'albus.

Il semble résulter aussi de ces recherches que le bacterium coli commune pourrait jouer un rôle dans la formation de la fausse membrane.

Absorption du gaïacol par la peau

MM. Linossier et Lannois ont montré que l'absorption du gaïacol peut se faire par la peau, car le médicament apparaît dans les urines même lorsque le malade respire à l'aide d'un tube débouchant en dehors de la pièce où il se trouve. L'urine élimine, en 24 heures, les 55,5 p. 100 de la quantité de gaïacol employée en badigeonnages. On rendra l'absorption par la peau plus facile en enveloppant la surface badigeonnée d'un taffetas imperméable.

La Lactophénine

M. Londowsky a expérimenté, chez plusieurs malades du service de M. Proust, une substance se rapprochant de la phénacétine qu'il a appelée la lactophénine. Ce corps est à la fois antinévralgique et hypnotique et on peut l'employer aux doses quotidiennes de 0,60 centigrammes à 3 grammes en plusieurs fois. Comme effets secondaires, on n'observe, et encore d'une manière non constante, qu'un peu de transpiration et des étourdissements.

FORMULAIRE D'HYGIENE

—

Prophylaxie des maladies éruptives. (Fin)

Désinfection des locaux contaminés. — Lorsque la chambre dans laquelle a évolué la maladie a été débarrassée de tout ce qui pouvait être envoyé à la lessive ou à l'étuve, il faut la désinfecter elle-même et procéder avec méthode à cette opération extrêmement délicate.

On commence par laisser le local fermé pendant quelques heures pour permettre aux poussières de se déposer; puis on y entre avec précaution, on en mouille le plancher et on le couvre d'un grand drap de toile imbibé de la solution de sublimé au millième. On ramène avec soin dans ce drap, les objets transportables qui peuvent rester encore dans la pièce, on les envoie à l'étuve et on procède à la désinfection des meubles à l'aide du pulvérisateur à main. Les lits en bois sont lavés au sublimé dans toutes leurs parties en faisant pénétrer la solution dans les joints et les moulures. Après ce lavage, les parties cirées ou vernies sont frottées au tampon huilé. On fait de même pour les sommiers. Les lits en fer sont démontés et envoyés à l'étuve. Les tables de nuit sont lavées à fond, en dedans et en dehors avec la solution de sublimé.

Les meubles élégants doivent être traités avec ménagement. On passe dessus un linge imbibé de la solution désinfectante, dont on a exprimé l'excès de liquide ; pour pénétrer dans les creux et les moulures on se sert d'un pinceau trempé dans le même liquide et on essuie immédiatement avec un linge sec. Cela doit se faire très rapidement. Les tableaux peints à l'huile supportent la solution phéniquée à 2 p. 100 quand la lotion est faite très vite et très légèrement. Les dorures des cadres sont dans le même cas, mais on doit se borner à passer très rapidement sur elles le linge humide. Les vases de luxe, les bibelots en porcelaine ou en métal, les statuettes en bronze doivent être lavés à l'eau de savon chaude et essuyés ensuite avec un chiffon sec.

Les meubles recouverts d'étoffes, les objets en cuir et les fourrures sont désinfectés au pulvérisateur ; il en est de même des jouets de prix ; quant aux autres, il est préférable de les brûler dans la cheminée avec les chiffons, les vieux papiers qu'on a trouvés dans la pièce et les linges qui ont servi aux lavages désinfectants.

Cela fait, on procède au nettoyage des parois et on projette la solution de sublimé à

l'aide d'un pulvérisateur sur le plafond, les murs, les boiseries, les portes, les fenêtres et le parquet. Si l'on n'a pas à sa disposition de pulvérisateur à main, on a recours tout simplement à une pompe de jardin. On trouve parfois plus commode de se servir de lavettes, de brosses à main, de pinceaux, d'éponges fixées au bout d'un bâton ; mais, quand on emploie ces ustensiles, il faut à chaque fois qu'ils ont passé sur la muraille, les laver à grande eau, avant de les replonger dans la solution désinfectante, afin de ne pas souiller celle-ci.

L'opération se termine par le plancher. Il a été, comme nous l'avons dit, mouillé dès le début avec la solution désinfectante ; mais cela ne suffit pas. Il faut le laver à fond avec de l'eau de savon très chaude, puis, lorsqu'il est essuyé, l'imbiber de nouveau avec la solution de sublimé au millième.

Lorsque les précautions d'isolement ont été sérieusement observées pendant la maladie, on peut se borner à désinfecter la chambre où elle a eu lieu ; mais s'il en a été autrement, il faut procéder à la désinfection de l'appartement tout entier. Dans tous les cas, on fait désinfecter les éviers, les vidoirs, les plombs, les cabinets d'aisance dans lesquels on a versé des liquides pathologiques au cours de la maladie. Le lait de chaux constitue, pour cet emploi particulier, un désinfectant très sûr et très peu coûteux ; on le verse largement sur les surfaces libres, après les avoir lavées à la lessive de soude ou à l'eau de savon et on en projette un litre ou deux dans la cuvette des cabinets d'aisances pour en laver le fond et les tuyaux de descente.

CORRESPONDANCE

A l'occasion de notre dernière chronique de l'hygiène, nous avons reçu de notre confrère M. Ladreit de la Charrière, médecin en chef de l'Institution nationale des sourds-muets, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Si l'hygiène est impuissante à prévenir la surdi-mutité, qui est presque toujours congénitale, il n'en est pas de même pour la cécité, qui est le plus souvent acquise, et qu'il est possible de prévenir dans la grande majorité des cas.

La statistique que j'ai publiée sur les causes de la surdi-mutité, me donne *quatre-vingts* pour cent de surdi-mutités *acquises*, contre *vingt* pour cent seulement de surdi-mutités *congénitales*.

La perte de l'ouïe entre 1 an et 8 ans entraîne fatalement la surdi-mutité pour tous les enfants qui n'ont pas encore parlé, et pour ceux chez lesquels on n'a pas entretenu la parole en leur apprenant comme corollaire la lecture sur les lèvres.

Les maladies dont les complications déterminent la surdité, sont celles dont le processus morbide se propage par le pharynx. Ce sont les fièvres graves, et en particulier la scarlatine et la rougeole, les maladies inflammatoires des voies aériennes, celles des muqueuses en général. Dans tout ce groupe, l'hygiène, par l'antisepsie des voies naso-pharyngiennes, peut prévenir la surdité dans un très grand nombre de cas.

Nous sommes impuissants à prévenir les complications auriculaires dans un certain nombre de maladies, inflammatoires ou infectieuses, comme la méningite, les oreillons, la syphilis, etc.

Je crois que le nombre des sourds-muets est, comme celui des aveugles, en voie de diminution. Mais je suis certain que, le jour où on se préoccupera de l'éventualité de la surdité dans le traitement des maladies qui peuvent la provoquer, on pourra éviter, dans un grand nombre de cas, la perte de l'audition. »

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — M. Thiry est institué aide d'anatomie.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Piquet est maintenu aide d'anatomie.

Ecole de médecine de Caen. — M. Grancoud est prorogé dans ses fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Carlo Franza (de Naples) vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

Congrès d'otologie et de laryngologie. — Le congrès annuel de la Société française d'otologie et de laryngologie aura lieu le lundi 30 avril à 8 heures du soir, au Palais des sociétés savantes, rue des Poitevins.

Le secrétaire général avertit les médecins qui voudront faire des communications à ce congrès que le titre de leurs travaux devra lui être adressé avant le 10 avril.

Les questions mises à l'ordre du jour de la Société, sont :

1° Le traitement des suppurations mastoïdiennes. Rapporteurs : MM. Lubet-Barbon et A. Martin.

2° Le traitement des polypes muqueux du nez. Rapporteurs : MM. Délie, d'Ypres, et Wagnier, de Lille.

Prix Ernest Godard. — Le prix Ernest Godard, d'une valeur de 1,000 francs, sera décerné à la fin de l'année 1894 par la Société de biologie. Les mémoires devront être envoyés, avant le 15 octobre 1894, au secrétaire général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Suivant la volonté du testateur, le prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

— Un décret tout récent approuve l'arrêté du préfet de la Seine qui attribue à diverses rues de Paris, des noms de personnages illustres. On peut y voir figurer les noms de : de Quatrefages, Charles Robin, Vulpian, Paul Gervais, Wurtz, parmi ceux qui peuvent intéresser les médecins

Concours de l'externat. — Questions posées : De l'épistaxis.

— La conférence sanitaire internationale contre le choléra a tenu sa première séance mercredi dernier, 7 février. A ce propos le *British medical Journal* fait remarquer que le représentant de l'*India office* est le chirurgien Cuningham, adversaire des idées actuelles sur la propagation du choléra.

« M. Cuningham, dit ce journal anglais, a été pendant longtemps le défenseur des théories condamnées de la diffusion du choléra par les courants aériens et par de mystérieuses causes locales. Il ignore absolument les idées modernes sur l'étiologie du choléra. Il nourrit encore l'illusion étonnante que la marche du choléra n'a aucun rapport avec les lignes de chemins de fer ou le trafic par eau, et il est par suite un adversaire décidé des règlements nouveaux, basés sur l'inspection médicale et les autres méthodes modernes dirigées contre l'extension du choléra. »

Le *British Journal* craint que ce choix ne soit un obstacle sérieux aux résultats pratiques qu'on est droit d'attendre de la conférence.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

—

Les intoxications par l'oxyde de carbone

(Suite et fin)

L'oxyde de carbone, ainsi que nous l'avons dit précédemment (1), est un gaz éminemment toxique. Claude Bernard a déterminé, par des expériences précises, le mécanisme de cet empoisonnement. Les globules sanguins sont très avides d'oxyde de carbone. Ils l'absorbent avec une extrême activité et le retiennent avec une grande énergie. Ce gaz s'y substitue à l'oxygène de façon à ne plus permettre à celui-ci de s'unir à l'hémoglobine. Tout globule sanguin imprégné d'oxyde de carbone est momifié, devenu impropre à l'hématose et doit être éliminé. Il résulte, par conséquent, de cette absorption, ce que les anciens désignaient sous le nom d'*asphyxie positive*, par opposition à l'*asphyxie négative* due à la simple privation de l'air.

L'oxyde de carbone est toxique à beaucoup moins faible dose qu'on ne le pense d'habitude. Les gens qui se suicident à l'aide d'un réchaud et qui bouchent avec soin les moindres fissures en y collant du papier, prennent un soin bien inutile, comme le fait observer M. Brouardel. On peut être asphyxié dans une pièce mal close, comme dans une voiture dont les ouvertures sont incomplètement fermées. On peut être tué par l'oxyde de carbone en plein air. C'est ce qui arrive chez les gens qui s'endorment sur des fours à chaux. Chaque année on en apporte quelques-uns à la Morgue qui ont péri de cette façon. Les taches rosées de la peau, l'aspect rutilant du sang et surtout son examen spectroscopique ne peuvent laisser aucun doute sur le genre de mort auquel ils ont succombé.

Le docteur Gréhant, qui a fait sur ce sujet des recherches très originales, a prouvé qu'une atmosphère contenant 1/450e d'oxyde de carbone était toxique pour les moineaux, tandis qu'il en faut 1/250e pour tuer un chien et 1/70e pour le lapin (2). On n'est pas aussi bien fixé pour l'homme, on sait cependant qu'il ne peut vivre longtemps dans un air contenant 1 p. 1,000 d'oxyde de carbone, qu'il ne tarde pas à succomber dans un milieu qui renferme 1 p. 500 et qu'à 1 p. 100 la mort arrive immédiatement. D'un autre côté, M. Brouardel affirme que les globules du sang sont fortement lésés dans une atmosphère qui ne contient qu'un *dix millième* de ce gaz.

Ce mode d'intoxication est d'autant plus dangereux qu'il se produit souvent pendant le sommeil, sans que le sujet en ait conscience et, lorsqu'il se réveille, il est dans l'impuissance absolue de fuir le danger, parce que les jambes lui refusent le service. On a souvent trouvé des personnes mortes entre leur lit et leur fenêtre qu'elles s'étaient efforcées d'atteindre dans un

(1) Voyez *Union médicale* du 30 janvier 1894, n° 12, p. 134.
(2) V. Gréant, les *Poisons de l'air* (Bibliothèque scientifique contemporaine). Paris, 1890.

supprême effort. Le collègue dont M. Brouardel a cité l'observation dans sa communication du 15 janvier, eut juste la force nécessaire pour ouvrir la portière. Le docteur Paul Ducor avait déjà cité plusieurs cas analogues dans une communication faite à la Société de médecine pratique, le 13 décembre 1888. M. Laborde a observé cette impuissance caractéristique sur un chien qu'il avait fait monter avec lui dans une voiture chauffée à l'aide d'une briquette en charbon de Paris. Au bout de vingt minutes, l'animal qui était couché au fond de la voiture, le museau sur la chaufferette, ne pouvait plus descendre tout seul. M. Laborde lui-même fut quelque temps à se remettre d'un commencement d'intoxication (1).

Toutes les personnes qui ont été exposées aux atteintes de l'oxyde de carbone sont longtemps à s'en remettre et cela tient à la ténacité avec laquelle les globules du sang retiennent le gaz toxique ; il faut que l'organisme ait le temps de les remplacer. Dans la communication qu'il fit à ce sujet, en 1889, à l'Académie de médecine (2), M. Laborde cita de nombreux exemples de ces accidents tardifs. Les gens qu'on parvient à arracher à la mort demeurent longtemps très faibles, anémiés ; ils ont parfois beaucoup de peine à recouvrer l'ouïe et surtout la vue ; l'intelligence reste obtuse ; enfin, on cite des cas de paralysie et de ramollissement cérébral survenus à la suite de cette intoxication.

Ces cas graves sont rares ; mais ce qui est beaucoup plus fréquent, c'est l'état de malaise, de chloro-anémie, d'inappétence qu'on observe chez les personnes vivant habituellement dans une atmosphère confinée, où quelque moyen de chauffage défectueux distille une quantité d'oxyde de carbone trop faible pour causer des accidents immédiats, mais suffisante pour porter à la santé une atteinte profonde. Cela s'observe surtout chez les jeunes filles qui travaillent dans les ateliers chauffés de cette façon.

Les savants qui passent leur journée dans leur cabinet de travail bien fermé et chauffé par un poêle mobile, sont exposés à ce même mode d'intoxication chronique ; ils mettent leur malaise, leurs douleurs de tête sur le compte de la fatigue intellectuelle, tandis que souvent c'est l'oxyde de carbone qui en est cause. Heureux lorsqu'ils s'en aperçoivent à temps, comme M. Megnin, cité par le docteur Laborde. Il était tombé peu à peu dans un état profond d'anémie avec céphalalgie gravative constante, vertiges, anorexie et incapacité de travail, lorsqu'il s'aperçut qu'il était victime de son poêle dont la fermeture supérieure, constituée comme on le sait par une rainure pleine de sable dans laquelle entre le bord du couvercle, laissait passer l'oxyde de carbone par une fissure.

Il n'y a pas besoin que les poêles à combustion lente présentent un vice semblable dans leur fonctionnement, pour laisser filtrer un peu d'oxyde de carbone. Il s'en dégage toujours quand on les charge, lorsqu'on les déplace, malgré le soin qu'on prend d'obturer le court tuyau pendant le trajet, et si la pièce est bien close, on en respire toujours un peu. C'est évidemment le cas des ouvrières dont je parlais tout à l'heure et il est difficile d'y remédier. Dans les familles pauvres, comme dans les petits ateliers, on cherche à diminuer les frais de chauffage en renouvelant l'air le moins souvent

(1) *Tribune médicale* du 18 janvier 1894, p. 55
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 2 avril 1889. T. XXI, p. 479.

possible et en ralentissant la combustion dans l'appareil. On crée ainsi une atmosphère extrêmement insalubre pour les personnes qui y séjournent longtemps.

Le remède est bien simple. Il consiste à ouvrir largement les fenêtres, lorsqu'on soupçonne la présence de l'oxyde de carbone dans l'atmosphère. Seulement, à ces faibles doses rien ne la signale, car le gaz n'a pas d'odeur. Quelquefois son existence est révélée par la mort des oiseaux qui se trouvent accidentellement dans la pièce. M. Grehant, dans le mémoire que nous avons déjà cité, rapporte plusieurs cas qui lui ont été communiqués par des confrères et dans lesquels des familles ont été préservées, par cet avertissement, d'accidents qui auraient pu être graves. Il suffirait donc, comme le propose l'auteur, de placer, dans l'appartement chauffé par un poêle mobile, une cage renfermant des petits oiseaux, pour être averti du danger que le poêle fait courir.

Le Dr Menard, dans le *Cosmos*, propose même de construire des cages dont le plancher communiquerait avec une sonnerie électrique. Pendant la nuit, s'il se dégageait de l'oxyde de carbone, l'oiseau, en tombant de son perchoir sur le plancher de la cage, établirait un contact qui mettrait la sonnerie en branle et réveillerait les dormeurs en temps opportun.

Cela est spirituel et ingénieux tout à la fois; il est certain que la présence des oiseaux dans une pièce qui commence à se remplir d'oxyde de carbone pourrait avertir les gens qui s'y trouvent, avant qu'ils arrivassent à la période de paralysie momentanée qui met dans l'impossibilité de fuir, mais ce moyen ne les préserverait pas de l'intoxication lente dont je parlais tout à l'heure, puisqu'il faut que l'atmosphère renferme 1/450 du gaz toxique pour faire périr les oiseaux et que la présence d'un *dix millième* suffit pour incommoder sérieusement les gens qui la respirent pendant un temps un peu long.

Il est plus prudent d'ouvrir souvent les fenêtres dans les pièces chauffées par les poêles mobiles. En profitant du moment où elles sont vides et en établissant un puissant courant d'air, on renouvelle l'air complètement en quelques minutes et la perte de calorique n'est pas considérable, parce que les murs ainsi que les meubles restent échauffés et que l'équilibre de température se rétablit rapidement. J'en ai fait souvent l'expérience.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des chaufferettes et des poêles mobiles; mais les intoxications par l'oxyde de carbone se produisent dans d'autres conditions dont il nous reste à dire un mot. Certaines professions y exposent d'une manière toute spéciale. Ce gaz, en effet, ne se dégage pas seulement pendant la combustion de la houille, du charbon de bois et de la braise, il entre aussi comme élément constituant dans les gaz complexes provenant de la déflagration des explosifs. C'est lui qui forme en pareil cas le principe essentiellement toxique. C'est l'agent du *méphitisme* particulier que détermine l'emploi de la poudre et de la dynamite dans les galeries souterraines; c'est lui qui donne aux *coups de grisou*, dans les houillères, un caractère spécial de perniciosité (1).

De toutes les poudres de guerre, la poudre de mine est celle qui renferme le plus de charbon. Les gaz qui se dégagent par suite de sa com-

(1) Layet. Des méphitismes à oxyde de carbone Encyclopédie d'hygiène, T. VI, p. 583.

bustion sont l'azote, l'oxyde de carbone, l'hydrogène et l'oxygène. L'oxyde de carbone y est en plus forte proportion que dans la poudre de chasse. On a décrit, dans ces dernières années, sous le nom de *méphitisme des mines de guerre*, des accidents assez graves survenus chez des sapeurs du génie, au cours de leurs exercices. Pour prolonger les galeries de siège, on place au fond de la partie creusée au pic et à la pioche, un baril de poudre auquel on met le feu au moyen du fil électrique.

A la suite de la déflagration, les gaz de la combustion remplissent l'excavation, pénètrent dans les galeries adjacentes, s'infiltrent dans la dislocation du terrain et, quand les sapeurs y rentrent trop tôt, pour enlever les matériaux détachés par l'explosion, ils sont empoisonnés par l'oxyde de carbone. Lorsqu'ils peuvent s'échapper à temps, ils en sont quittes pour de la céphalalgie, des vertiges, de la faiblesse des jambes, qui se dissipent assez rapidement; mais parfois ils s'affaissent en sortant de la galerie, perdent connaissance ou sont pris de convulsions. Dans quelques cas, ils succombent soit immédiatement soit au bout de quelques jours. A l'autopsie, le sang est vermeil et l'analyse spectrale dénote les altérations caractéristiques de l'oxyde de carbone.

Les mêmes accidents, il est inutile de le dire, peuvent se produire partout où on creuse des galeries souterraines à l'aide d'explosifs, dans le travail des carrières, comme dans le percement des tunnels. La dynamite donne lieu à ce genre d'intoxication tout aussi bien que la poudre de mines. Le professeur Layet, dans l'ouvrage que nous avons cité, en rapporte un exemple remarquable (1). Les gaz résultant de la déflagration de la dynamite renferment : 19 pour 100 de vapeur d'eau, 58 pour 100 d'oxyde de carbone et d'acide carbonique, 15 pour 100 de produits nitreux (2). Il s'en dégage des quantités énormes au moment de l'explosion et l'atmosphère artificielle ainsi engendrée est toxique au plus haut degré.

Dans les houillères, les *coups de grisou* s'accompagnent souvent d'intoxications semblables par suite de l'inflammation des poussières charbonneuses qui flottent dans les galeries et qui prennent feu instantanément.

Enfin les pompiers sont souvent victimes de l'oxyde de carbone au cours des incendies, surtout dans les *feux de cave*, lorsqu'ils sont forcés d'y descendre et malgré toutes les précautions qu'ils prennent pour y pénétrer.

Les moyens de préserver les mineurs des accidents que nous venons de passer en revue consistent dans la ventilation énergique des galeries souterraines. Cette ventilation, artificielle dont les moyens ont été perfectionnés par l'industrie, est le dernier mot de l'hygiène pour cette profession. Partout où elle est suffisante et bien dirigée, on constate une amélioration sensible dans l'état de santé des ouvriers et dans tous les travaux souterrains, c'est à la ventilation artificielle qu'il faut recourir pour les rendre inoffensifs.

Jules ROCHARD.

(1) A. Layet. Encyclopédie d'hygiène, t. VI, p. 554.
(2) Cacheux. La dynamite, son influence sur la santé des mineurs. (*Journal d'hygiène*, 1892.)

A propos du traitement de l'occlusion intestinale aiguë

Le traitement de l'*occlusion intestinale aiguë* devient de plus en plus chirurgical. La temporisation néfaste dans le plus grand nombre des cas tend à faire place à la laparotomie hâtive et une fois les siphonages par le rectum, le lavage de l'estomac et les lavements électriques tentés, mais en vain, la seule chance de guérison qui reste au malade est la levée de l'obstacle s'opposant au cours des matières. L'intervention aura bien entendu d'autant plus de chances d'être couronnée de succès qu'elle aura été faite de bonne heure, et si les statistiques sont si meurtrières, c'est qu'elles comprennent, comme le fait remarquer le docteur Roux, des opérés qui sont toujours « *à la dernière* » pour me servir de l'expression du chirurgien de Lausanne, qui vient de faire paraître un travail sur ce sujet dans la *Revue médicale de la Suisse romande* du 20 janvier 1894.

C'est même pour faire ressortir les quelques particularités de cet article que nous nous occupons de ce sujet toujours intéressant.

L'étranglement interne ou occlusion intestinale aiguë, peut être le résultat de plusieurs mécanismes. La torsion, le volvulus est, comme on le sait, un des modes fréquents de l'arrêt brusque du cours des matières. On comprend comment l'entrecroisement des anses intestinales produit une striction sur un point et comment aussi pour lever l'obstacle il est nécessaire d'ouvrir le ventre et de défaire la torsion. Mais cela ne suffit pas, nous dit Roux (de Lausanne), car toutes les fois qu'une torsion d'anse intestinale a subsisté pendant plusieurs jours, on trouve au point d'entrecroisement le mésentère infiltré, épaissi et formant une sorte de pédicule. Cette infiltration persiste malgré la levée de la torsion, elle est même suivie d'une rétraction cicatricielle perpendiculaire aux vaisseaux mésentériques, en sorte que toute l'anse interceptée continue à flotter comme un bouquet porté par un pédicule, prête à se tordre de nouveau ou à capturer, à la façon d'un lazzo, une anse voisine,

Tel est le résultat de l'observation qui amène immédiatement à conseiller un moyen de s'opposer à la reproduction du même accident; à cet effet, M. Roux recommande d'assurer à tout le mésentère une longueur proportionnelle à sa largeur à l'aide de points de sutures passés dans le sens des vaisseaux, ce qui est facile et applicable pour l'intestin grêle. Pour l'S iliaque, plus souvent en cause, « il suffit, nous dit-il, de fixer à la paroi abdominale dans le flanc gauche ou en avant à gauche, soit le meso près de son insertion à l'intestin, soit l'S iliaque elle-même (sigmo ou colopexie) pour empêcher absolument celle-ci de réitérer le mouvement fâcheux ». C'est le premier mode qui lui paraît le mieux convenir et il l'a employé deux fois avec succès dans deux cas relatés *in extenso* dans son travail. Il y a là une indication digne d'intérêt logique et qui pourra certainement rendre des services.

Des invaginations M. Roux ne parle pas ; il n'en a probablement pas rencontré dans sa pratique ; mais quatre fois il a levé des brides péritonéales causant un étranglement et à ce propos il confirme l'observation faite par Gangolphe : « A savoir que, dans le cas d'étranglement interne avec menace de gangrène, il se trouve dans le ventre un épanchement brun rougeâtre. » On sait que notre collègue de Lyon s'est appuyé sur ce signe

pour permettre d'affirmer l'étranglement interne et par conséquent pour conseiller de poursuivre longtemps ses recherches, quand, à l'ouverture de l'abdomen, on a découvert une collection liquide de cette nature.

Enfin, les fausses réductions en masse ont aussi donné l'occasion au chirurgien de Lausanne d'intervenir dans deux cas dont un mérite tout particulièrement l'attention. Il s'agit d'un malade atteint d'étranglement interne à la suite d'une cure radicale de hernie, et voici le mécanisme de cet étranglement : l'anse herniée était venue se placer entre le péritoine et la paroi abdominale ; il n'y avait pas de sac à proprement parler, et celui-ci était remplacé par « du tissu conjonctif tassé en forme de capsule imitant fort bien le sac enlevé un an auparavant. » La ligature placée sur le collet avait coupé ce collet qui était devenu l'agent de l'étranglement et le fil fut trouvé à côté de ce collet au moment de l'opération.

Cette nouvelle sorte de hernie, nous dit M. Roux, existe peut-être chez un certain nombre d'individus opérés par des chirurgiens qui, en principe, ne suturent pas les piliers, confiants qu'ils sont dans la seule ligature du collet. C'est la première observation de ce genre qui arrive à notre connaissance et quoique pratiquant toujours la suture des piliers, nous pensons que cet accident doit être très rare chez les opérés par la seule ligature du collet, quand celle-ci est bien faite. Il ne faut pas oublier, en effet, que M. Championnière recommande expressément d'attirer, avant de placer la ligature, suffisamment le péritoine pour que par son élasticité celui-ci remonte, et place cette ligature non plus en face de l'ouverture intérieure de l'anneau, mais au-dessus de façon à obturer l'orifice par un voile péritonéal indemne de toute lésion.

E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 février 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Purpura et érythème à streptocoques

M. Widal communique, en son nom et au nom de M. Thérèse l'observation d'un cas de purpura et érythème à streptocoques. Dans la dernière séance, M. Antony faisait remarquer que l'on trouve dans le purpura des microbes vulgaires et d'espèces diverses : streptocoques, staphylocoques, bâtonnets. On ne doit pas être surpris de l'action hémorraghipare de ces microbes, puisqu'on peut expérimentablement provoquer des hémorrhagies en inoculant la plupart des microbes pathogènes, pourvu qu'ils aient une virulence particulière.

On ne peut cependant encore classer les purpuras d'après les micro-organismes qu'on a trouvés ; car peut-être ces micro-organismes ne sont-ils que des agents d'infection secondaire, l'agent pathogène véritable n'étant pas accessible à nos moyens actuels d'investigation. On pourrait, à ce point de vue, comparer peut-être le purpura au rhumatisme.

Les recherches bactériologiques ont permis de pénétrer plus intimement le processus hémorrhagique du purpura. Le microbe n'a pas besoin d'agir directement sur les petits vaisseaux pour produire l'hémorrhagie ; les substances toxiques qu'il sécrète suffisent à

mettre le système vaso-dilatateur dans un état d'excitabilité intense et à produire ainsi l'épanchement sanguin; certaines variétés du purpura infectieux entreraient donc dans le cadre du purpura myélopathique.

Il est intéressant de chercher, et souvent fort difficile de trouver, la porte d'entrée dans tous les cas de purpura infectieux. Dans le cas qu'ils rapportent, MM. Widal et Thérèse, pensent avoir trouvé cette porte d'entrée.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, qui, le 2 juillet 1890 entre à l'hôpital pour des douleurs vives dans les membres ; il a eu une attaque de rhumatisme aigu il y a cinq ans ayant laissé une lésion mitrale. Ce malade a de plus une néphrite chronique, dont le début reste inconnu. En même temps que les douleurs, sont apparues des taches purpuriques, petites mais nombreuses, des hématuries et des épistaxis. Bien que douloureuses les articulations ne sont ni rouges ni gonflées. Les urines sont albumineuses même lorsque le sang a disparu et contiennent des cylindres.

Le 7 juillet, la température s'élève à 38°6 pendant quelques heures, les taches disparaissent. Le 15 juillet, nouvelle ascension de température avec apparition de nouvelles douleurs et d'une éruption érythémateuse se renouvelant à plusieurs reprises, et se terminant par desquamation furfuracée ; des hémoptysies viennent compliquer le processus symptomatique et la mort survient le 24 juillet au milieu du cortège de l'urémie avec élévation de la température à 40°.

L'autopsie révèle les lésions diagnostiquées pendant la vie et son intérêt réside surtout dans l'examen bactériologique. Les capillaires de la plupart des organes contiennent de nombreux streptocoques qu'avait déjà révélé pendant la vie l'examen du sang pris par piqûre et du sang des hémoptysies.

La constatation du streptocoque permet de considérer ce microbe comme la cause de l'infection hémorrhagique et érythémateuse. Chez ce malade, le terrain était préparé par une néphrite chronique et une tuberculose commençante ; le streptocoque a dû pénétrer au niveau des lésions pulmonaires. On sait, en effet, combien est fréquente la présence du streptocoque au niveau des lésions tuberculeuses pulmonaires, et M. Babès a démontré la possibilité de l'origine pulmonaire de l'infection hémorrhagique.

M Mathieu. — Il y a dix ans, on disait que le purpura n'est pas une maladie, mais un complexus symptômatique. Les recherches bactériologiques ne détruisent pas cette conclusion générale. Certains individus sont particulièrement prédisposés au purpura (arthritiques, rhumatisants). Ces malades ont un système nerveux tout préparé aux ectasies vasculaires et aux hémorrhagies.

On peut donc regarder le purpura comme un complexus symptomatique dépendant d'affections diverses évoluant sur un terrain spécial.

Angine phlegmoneuse à coli-bacille

M. Widal rapporte un cas d'angine phlegmoneuse dans lequel il trouva le coli-bacille presque à l'état de pureté et extrêmement virulent. Le pus contenait en même temps quelques streptocoques.

M. Juhel-Renoy a vu à Aubervilliers un cas d'angine à fausses membranes où on trouva le coli-bacille associé au streptocoque.

Myxœdème traité par l'ingestion de glande thyroïde de mouton

M. Marie a soigné récemment, avec M. L. Guerlain, une dame atteinte de myxœdème depuis environ 8 ans, et chez laquelle l'affection avait acquis un degré très prononcé. Ils résolurent d'employer le traitement thyroïdien, c'est-à-dire l'ingestion de glande thyroïde crue.

Après quelques difficultés, ils arrivèrent à se procurer des corps thyroïdes de mou-

tons. Le traitement fut commencé le 19 novembre. L'effet fut très rapide : dès le lendemain la température, qui oscillait entre 37° et 37°3, s'élevait à 38° et s'y maintenait, la diurèse s'établissait, et en même temps survenaient quelques fourmillements dans les jambes et un peu de céphalalgie. La malade avait absorbé deux glandes thiroïdes ; cette dose fut continuée les jours suivants. Le 21 novembre les phénomènes précédents persistaient et la malade se plaignait d'insomnie.

Le 22, le pouls était à 102 ; on abaissa la dose à 1 lobe thyroïdien par jour. L'amélioration du myxœdème était déjà notable ; elle s'accentua les jours suivants, mais en même temps apparaissaient, outre l'insomnie et la céphalalgie, des douleurs dans les jambes, de la courbature, de l'anorexie, une soif vive ; le pouls était à 112 et petit, la température rectale à 38°. La malade gardait le lit ; ses urines contenaient un peu d'albumine. On suspendit l'ingestion de corps thyroïde (30 novembre). Ces phénomènes persistèrent encore plusieurs jours.

Le 16 décembre la malade fut prise d'une influenza légère et de courte durée.

Le 21 décembre, on reprit le traitement thyroïdien, un lobe tous les deux jours ; le 7e jour, la céphalalgie, les douleurs dans les jambes, l'anorexie, l'insomnie ayant reparu on suspendit de nouveau le traitement. Le 11 janvier, reprise du traitement, deux tiers de lobe tous les cinq jours. Les phénomènes pénibles ne reparurent plus et l'amélioration alla en s'accentuant de plus en plus.

Aujourd'hui le myxœdème a disparu ; la figure a repris un aspect normal ; le poids, qui était de 102 kilos au début, n'est plus que de 85 kilos. Les cauchemars, l'hébétude ont disparu ; la malade est redevenue gaie, active ; les poils, qui étaient tombés, repoussent ; des ongles nouveaux se forment.

En terminant, M. Marie insiste sur quelques points spéciaux. De tous les modes d'application du traitement thyroïdien : injection sous-cutanée, greffe, ingestion d'extrait glycériné, ingestion de glande thyroïde crue, c'est à ce dernier qu'il faut donner la préférence, parce qu'il est le plus simple et parce qu'il évite l'introduction sous la peau de matières septiques, complication qui est toujours à craindre avec un extrait de glande, quelque soigneusement préparé qu'il ait été.

M. Marie insiste ensuite sur la prudence avec laquelle on doit employer le traitement thyroïdien à cause des accidents graves qui peuvent se produire.

On peut donner tous les jours un lobe entier pendant les 3 ou 4 premiers jours, puis, quand la *démyxœdémisation* a commencé, on abaisse la dose à 1 lobe tous les deux jours, puis à 1 lobe tous les trois, quatre ou cinq jours.

Pour empêcher la réapparition du myxœdème, on ne peut être encore absolument fixé sur la dose à prescrire. Cependant, la *ration d'entretien* semble être celle de 1 lobe ou 1/2 lobe tous les 4 ou 5 jours.

Recherches sur la variole-vaccine

M. Juhel Rénoy au nom de M. Dupuy et au sien, communique un travail ayant trait à des recherches expérimentales sur la variole et la vaccine, recherches qu'ils ont entreprises à Aubervilliers, et d'où il ressort nettement que variole et vaccine sont deux virus différents, ainsi que l'avait antérieurement démontré la Commission lyonnaise.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Classement des candidats

Le concours de l'Externat a pris fin samedi, voici la liste des candidats et leur classement. Sauf pour les cinq premiers les exæquo ont été placés d'après la note d'anatomie.

Sans pouvoir l'affirmer, il est à peu près certain que les 401 candidats contenues dans la liste ci-jointe seront nommés externes des hôpitaux de Paris.

1. MM. Veau, Nathan, Schwartz, Caboche, Cange, Caribat, Clermont, Angelesco, Stanculeanu. — 11. Lœvy, Berthier, Slatineann, Legueu, Gerandel, Blanc, Labbé, Martinet, Rosenthal, Sicard, Planque. — 21. Maury, Terrien, Vauverts, Salmon, Esmonet, Hepp, Bourgeois, Bize, Bonamy, Chevereau. — 31. Lesourd, Chifoliau, Clamouse, Degorce, Eustatiu, Gauchery, Meneihmer, Perrée, Tesson, Jacobson. — 41. Mendaille, Ozo, Rebreyend, Roux, Sicard, Guillou, Guibe, Le Meignen, Milliet, Hennecart. — 51. Jacob, Bolbier, Bonard, Devaux, Coronat, Chené, Gamelin, Lainé, Merklen, Poix. — 61. Ravant, Sallé, Martin, Sichel-Dulong, Roger, Olgiati, Gresillon, Callais, Dupasquier, Popesco. — 71. Lamarre, Margouliès, Page, Pupier, Bodré, Baron, de Rothschild, Macreze, Fauvel, Richard (Ed.). — 81. Courlet, Veille (Georges), Goudart, Guillemin, Ingelrans, Lacapère, Combes (Al.); Drouet, Degorsse, Bigeard. — 91. Deneux, Roche (L.), Meunier, Le Filiâtre, Fialon, Lamouroux, Michel (A.), Monsecourt, Bernard, Mouchotte.

100. MM. Bricet, Roques de Fursac, Paris, Maréchal, Hurtaud, Truelle, Lenoble (E.), Delamarre, Argétoiano, Lesène. — 111. Millien, Caillot, Deschamps, Cuqu, Ferester, Laugier, Millet (Georges), David, Simon (Théodore), Célos. — 121. Palle, Veille (B.), Leclerc (Mlle), Laubry, Lucius, Charpentier (R.), Sautreu, Rodiet, Mercié (Ed.), Germet. — 131. Toupart, Noica, Piedvache, Morel (F.), Netter, Vassal, Cahn, Fosse, André, Garlopau. — 141. Godefroy, Bosredon, Auclaire, Battier, Monod (R.), Bresse, Gosselin, Gascon, Guillemard, Watteau. — 151. Rollet, Royer (P.), Lacour, Lacaille, Cavasse, Launay, Posth, Ranson, Huguier, Bratiano. — 161. Baquelin, Germond, Tremollière, Paquet (F.), Dumas (P.), Gombault, Besredka, Aunau, Cherbedian, Ledard. — 171. Nimier, Pigault, Le Bœuf, Hersenstein, Jousset, Monel, Petit, Turquet, Lachâtre, Daumy. — 181. Couillard, Bouvet, Drouin, Lozé, Mandemin, Drouard, Monod (L.), Ménestrel, Bertrand (M.), Nicolaïdi. — 191. Chambon, Kermetjien Denis, Courtois, Bertrand (H.), Rinuy, Gilles, Tixier (F.), Souberbielle, Amant.

201. MM. Blivet, Mauchamp, Orlouski, Lihon, Valençon, Bonel, Bizard, Bonniot, Latteux (d'Espagne), Dauzatz.—211. Dezirot, Daniel, Lévy (Moïse), Pertat, Souleyre, Mirande, Roche (Ch.), Cury, de Combarel, Lalanne. — 221. Paul, Dardelin, Bohn, de Oliveira, Motz, Felizet, Dimitrescu, Le François, Gosset, Torp. — 231. Legros, Heuzard, Barre, Saïas, Pestel, Beaufort, Aubry, Desjardins, Bergeron, Ripault. — 241. Veinberg, Stoiceson, Schutzemberger, Renard, Nasse, Riche, Clavaud-Ribourgeon, Picard, Guerlain, Sée, Papillon. — 251. Tonnelier, Renou, Rabant, Tardif (F.), Coulon, Leraître, Pochon, Enghel, Ardouin. — 261. Dubosc, Nafilian, Nikonoff, Faraut, Charpentier (Emm.), Glineann, Jolis (P.), Desmaroux, Balli, Bourgeois (F.). — 271. Briançon, Gougis, Rivier, Morichau, de Romme, Delta, Mérieux, Mettetal, Hauzer, Tintrelin. — 281. Mauté, O. Follonell, Cartier, Bessonet, Collas, Viard, Coudray, Gagnières, Meuriot, Dide. — 291. Tatéossian, Bargy, Cocurat, Guéniot, Kachperon (Mlle), Deyber, Dauphin, Oudinet, Hanot, Devignevieille.

301. MM. Bergeron, Blandeau, Castan, de Lorgeril, Dreyer-Duffer, Houzelot, Malmejac, Joly (U.), Lesourd (Louis), Hély. — 311. Carret, Moulin, Auffray, Jay, Conpoint, Janulatos, Labiche, Mercereau, Jeannopoulos, Darzens. — 321. Menechem, Rabaud, Ortéga, Culianu, Lajaunie, Budzinska (Dlle), Chenal, Demerson, Robin (France), Galimir. — 331. Ratinski, Haffringue, Dupan, Bouteiller, Chicoteau, Tabary, Mangery, Cugnin, Cormier, Maggiar. — 441. Gautier (P.), Castel (P.), Lorot, Traverse, Verdin, Grivot, Sprecher, Monnier (Mme), Lamoureux (F.), Capart. — 351. Mignon (M.), Saint-Cène, Gieure, Fromageot, Sicorat, Lehman, Mascarel, Deslandes, Berthe, Le Masson. — 361. Reyt, Chantemille, Hémery, Brodier, Arzimont, Maire, Bastard, Logerot,

Poulain, Voisin. — 371. Laclautre, Rolin, Durif, Thomas, Coustols, Bouzanquet, Rey, Hotowska (Dlle), Aron, Lucas. — 381. Barbet, Combret, Shaunard, Scrini, Hérisson, Faucheux, Husson, Demaldent, Raimondi, Serbanescu. — 391. Grosjean, Roger, Aghavinian, Letellier, Mercier (Adrien), Henry, Ameline, Triger, Cauchard.

401. — MM. Meslans, Labatt de Lambert.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Martine, médecin de première classe de la marine, et Brossier, médecin de première classe des colonies.

Des témoignages de satisfaction ont été accordés aux médecins dont les noms suivent qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les docteurs Broussin (de Marly-le-Roi); Rondeau (d'Ecommoy) ; Lomet (de Saint Pierre-le-Moutier) ; Gravier (de Modane); Resal (de Dompaire) ; Carboneil (de Laroque-des-Albères) ; Pommier (de Torigni); Mazeron (d'Auzances) ; Godivier (de Borcère) et Lebel (de Janville).

Ecole de médecine de Dijon. — M. Recoura est chargé d'un cours de chimie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Porte est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Les ophtalmologistes ambulants en Russie. — L'année dernière l'Assistance des aveugles de Saint-Pétersbourg détacha, dans les diverses provinces de l'empire, des groupes de médecins, chargés de soigner sur place les individus atteints d'affections oculaires.

Elle doit continuer cette opération pendant l'année 1894, par l'envoi de nouveaux détachements d'ophtalmologistes. En même temps, elle réclame le concours des médecins locaux qui s'occupent d'ophtalmologie.

Hopital français de Londres. — Le vingt-sixième banquet annuel de l'hôpital de Londres a eu lieu le 6 février, au Métropole-Hôtel, sous la présidence de M. Decrais, ambassadeur de France.

Le lord-maire, indisposé, s'était fait représenter par sir Polydore de Keyser, ancien lord-maire, qui a toujours témoigné une grande sympathie pour l'œuvre de l'hôpital français.

Au dessert, M. Decrais a porté un toast à la reine, au prince et à la princesse de Galles Il a ensuite bu à la santé de M. Carnot, « qui a droit à nos hommages et à notre affection, parce qu'il accomplit son devoir de manière à s'attirer la confiance de l'Europe »

L'hôpital français de Londres vient de recevoir de M. Meissonier fils, une donation de 10,000 francs, prélevée sur le produit de l'exposition à Londres des œuvres de son père.

— L'administration des chemins de fer bavarois vient de mettre en service des wagons médicaux qui permettent, en cas d'accident, de transporter sur les lieux les médecins et tout le matériel nécessaire pour les premiers soins à donner.

Ces wagons peuvent contenir 10 blessés et, de plus, le matériel médical et chirurgical. En temps de guerre, ils seraient rattachés aux trains d'évacuation des blessés.

— Deux orangs-outangs mâles, qu'on a pu voir au Jardin d'Acclimatation pendant quelques semaines, n'ont pas tardé à succomber. Ils sont morts de pneumonie grippale, probablement, et non de tuberculose comme on le répète volontiers, la tuberculose n'étant pas la maladie dont les singes, dans nos climats, meurent le plus souvent.

Chez ces animaux, la toux était presque effrayante, avec une intensité et des réson-

nances inconnues, dues à l'existence de sacs aériens, descendant jusqu'à la base de la poitrine, qui donnent aux cris de ces animaux une intensité extraordinaire. L'un de ces orangs était très âgé ; son cadavre a été acquis par le Muséum d'histoire naturelle pour la somme de 1,700 francs. Sa peau, qui sera prochainement montée, ne sera pas l'une des pièces les moins précieuses de la collection zoologique, déjà si riche. (*Revue scientifique.*)

XI[e] Congrès international de médecine de Rome.— *Notes sur le voyage.* — 1° En France, les Compagnies de l'Est, de l'Etat, du Midi, du Nord, d'Orléans, de l'Ouest et de P.-L.-M. tiendront, à partir du 1[er] mars prochain, à la disposition de MM. les adhérents au Congrès.

a) Des billets à demi-tarif, aller et retour, du Havre ou de Paris à Rome : 1° aller et retour (voie Modane ou voie Vintimille) ; 2° aller (voie Modane) et retour (voie Vintimille) ; 3° ou vice versa. — *b*) Des billets à demi-tarif d'une gare quelconque de France à Modane ou Vintimille ; pour le retour, ces derniers billets à demi-tarif seront délivrés de Vintimille ou de Modane pour la gare de départ.

Trois arrêts intermédiaires à l'aller et trois au retour pour tous les billets : Durée des billets : 1[er] mars-30 avril.

Pièces à montrer : 1° carte d'identité ; 2° lettre d'invitation, à garder ; 3° carte de légitimation à laisser à la gare de départ pour les billets directs Le Havre ou Paris à Rome.

Ces cartes seront envoyées dans quelques jours aux adhérents inscrits au comité français, 14, boulevard Saint-Germain.

2° En Italie : *a*) Billets directs aller et retour de la frontière à Rome : six arrêts intermédiaires répartis entre l'aller et le retour, au choix. 50 0/0 réduction : Vintimille-Vintimille, Modane-Modane, Vintimille-Modane (ou vice-versa).

b) Billets circulaires ordinaires, au gré du voyageur (Voir indicateur), avec 20 0/0 de remise. Arrêts facultatifs à toutes les gares.

Pièces à montrer : 1° carte d'identé à garder ; 2° carte de légitimation, pour les chemins de fer italiens.

Ces billets seront délivrés au Congressistes, à leurs femmes, à leurs enfants adultes et aux étudiants en médecine.

Pour les enfants non adultes et les domestiques, billets directs, spéciaux pour Rome, avec 34 0/0 de réduction, au lieu de 50 0/0.

N. B. On doit payer à la gare de départ le prix tout entier du voyage, en France comme en Italie.

Programmes des excursions organisées sous les auspices du comité français d'initiative et de propagande (1).

Le Comité français d'initiative et de propagande (14, boulevard Saint-Germain), soucieux d'offrir toutes facilités de déplacement aux membres français du XI[e] Congrès international de médecine qui se tiendra à Rome, du 29 mars au 5 avril 1894, et de mettre tous les Congressistes à l'abri des multiples ennuis d'un voyage à l'étranger, a organisé une série de combinaisons destinées à enlever tout aléa, toute crainte d'ennuis, soit en route, soit avec les hôteliers, ciceroni, voituriers, etc., toujours prêts à exploiter les voyageurs. La souscription à ces combinaisons reste naturellement facultative, mais nous croyons que c'est la meilleure manière de faire le voyage sans encombre, agréablement et en évitant les dépenses exagérées et inutiles. Les prix sont à forfait et comprennent tous les frais de voyages sans exception : 1° les transports en chemins de fer et en bateaux ; 2° les omnibus à l'arrivée et au départ ; 3° le séjour dans les hôtels à Rome et pendant tout le voyage (repas, vin compris) ; 4° les chevaux et voitures néces-

saires pour les excursions et la visite des villes sans fatigue ; 5° les entrées dans les monuments et musées ; 6° les soins de ciceroni spéciaux pour donner toutes les explications nécessaires; 7° les pourboires. — Le tout sous la conduite d'un guide interprète spécial chargé de l'exécution et suivant les programmes détaillés de la Société française des voyages pratiques.

Liste des différentes combinaisons offertes à MM. les Médecins et leurs familles, ainsi qu'à MM. les Etudiants, à l'occasion du XI[e] Congrès international à Rome, du 29 mars au 5 avril 1894 (2),

Première combinaison. Pour les personnes ne désirant qu'assister au Congrès, Itinéraire : Gênes, Rome, Pise, Turin (26 mars-8 avril). Prix : 1[re] classe 300 francs ; 2[e] classe 245 francs (3). — Deuxième combinaison. Pour les personnes voulant profiter de leur voyage à Rome pour visiter les villes intéressantes du parcours. Itinéraire : Gênes, Pise, Rome, Florence, Turin (19 mars-11 avril). Prix : 1[re] classe 425 francs; 2[e] classe 365 francs (3). — Troisième combinaison (3). Pour les personnes voulant profiter de leur voyage à Rome pour faire l'excursion classique de l'Italie. Itinéraire : Gênes, Pise, Rome, Florence, Bologne, Venise, Milan, Turin (19 mars-17 avril). Prix : 1[re] classe 590 francs, 2[e] classe 520 francs. — Quatrième combinaison. Excursion spéciale en Grèce, au départ de Naples, après le Congrès, et retour à Rome (à joindre à la 1[re] ou à la 2[e] combinaison). Itinéraire : Naples, Brindisi, Patras, Athènes, Marathon, Athènes, Eleusis, Athènes, Laurion, Athènes, Egine, Salamine, Nauplie, Mycènes, Corinthe, Patras, Corfou, Brindisi, Naples, Rome (6 avril-22 avril). Prix : 1[re] classe 675 francs ; 2[e] classe 595 francs. — Cinquième combinaison. Excursion en Tunisie et en Algérie, après le Congrès, au départ de Paris. Itinéraire : Gênes, Pise, Rome, Naples, Palerme, Marsalla, La Goulette, Tunis, Hamman-Meskoutine, Constantine, Biskra, Sidi Okba, Batna, Timgad, Lambessa, Sétif, Gorges de Chabet-El-Akhra, Bougie, Alger, Blidah, Marseille, Alger (19 mars-2 mai). Prix : 1[re] classe 1,150 francs ; 2[e] classe 1,055 francs.

Toutes ces combinaisons peuvent être suivies en tout ou partie. De plus, la Société française des Voyages pratiques organisera toute autre excursion qui lui sera demandée, par exemple pour l'Egypte, Palestine, Syrie, etc. Le nombre de places pour chacune de ces excursions est très limité.

Nécrologie. — MM. les docteurs Delattre (de Bouchain), Duverger (de Limoges), Fargeaud (de Saint-Léonard), Gouin (d'Angers).

Le docteur Grall, médecin de 2[e] classe des colonies, disparu à Tombouctou.

Corps de santé de la marine. — M. le médecin en chef Rouvier est nommé directeur, et va à Cherbourg remplacer M. Merlin, attaché à Toulon, où la place est vacante par suite de la nomination du directeur Cunéo à la présidence du conseil de santé de Paris.

Le médecin principal Comme est nommé médecin en chef.

(1) Société française des Voyages pratiques, 6, boulevard des Italiens, Paris.
(2) Les excursions de Naples et de Sicile sont organisées par le Comité central italien (Attendre avis ultérieurs).
(3) Au départ de Paris.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

(Voir à la 2e page le projet de règlement partiel sur le service de santé. Projet de revision partielle adopté par le Conseil de surveillance.)

BULLETIN

Le *Progrès médical*, dans son dernier numéro, parle de la réinvestiture. Nous avons été les premiers dans la presse à nous occuper de cette importante question; mais, il nous semble que nous n'avons pas été bien compris. Pour notre part, nous n'avons nullement qualité « pour donner une bonne leçon aux irréguliers du devoir » (1); mais nous n'avons jamais dit que tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes médicaux. Nous ne désirons qu'une chose, c'est que l'exactitude du corps médical des hôpitaux soit à la hauteur de sa valeur scientifique et nous approuverons tout effort fait dans ce sens et devant amener un résultat. Nous comptons en donner bientôt la preuve en montrant les efforts que ce corps médical va faire lui-même pour s'astreindre à la plus complète régularité.

Est-ce à dire que pour cela il y ait besoin des mesures proposées par M. Strauss? Nous y applaudirions nous-même si elles étaient nécessaires; mais elles ne le sont pas. A quoi sert d'avoir des lois, des décrets, des règlements si on ne les applique pas! A quoi servirait la réinvestiture si elle n'existait que sur le papier? Toute la question se résume donc en ce point. Le corps médical est-il soumis à un contrôle et l'administration? peut-elle le rappeler à ses devoirs? et bien oui. La loi de 1849 qu'on revise dans ce moment, donne tous les droits nécessaires à l'administration de l'Assistance publique, qui, par l'organe de son Conseil de surveillance, a barre sur tous ses médecins et ses chirurgiens. Elle n'a qu'à user de ce droit quand bon lui semble, et, si elle ne le fait pas ,qu'on crée ou non la réinvestiture, le résultat sera le même. Mais cette réinvestiture est une arme à double tranchant. Le médecin ne doit être jugé que d'après sa valeur clinique et scientifique, personne n'a à lui demander compte des opinions qu'il professe, là est la véritable liberté. Il faut toujours, au contraire, se mettre à l'abri des entraînements momentanés, des revirements de l'opinion publique qui peuvent à un instant donné pousser les hommes à agir d'après des impulsions toutes passagères. Aujourd'hui ce sont les idées politiques qui vont dicter les volontés, demain ce sera la secte religieuse qu'elle vienne de Sem, de Cham ou de Japhet, qui sera prise à partie, que M. Strauss y réfléchisse. Quant à ce qui est des prérogatives du conseil municipal, de son droit de pénétrer dans les salles de malades, de son désir de devenir le maître des destinées hospitalières, le corps médical n'a pas à s'en occuper, tout au plus pourrait-il se dire . c'est décidément une maladie humaine que de crier sur le despotisme quand on fait tout ce qu'on peut pour l'exercer soi-même.

Les vœux que nous venons de mentionner ont été émis au *Conseil supérieur de l'Assistance publique*, Conseil qui fait partie du ministère de l'inté-

(1) *Progrès médical* du 10 février 1894.

rieur ; mais à l'administration de l'Assistance publique on travaille de son côté. Depuis plusieurs mois, le *Conseil de surveillance* étudie des projets, élabore des règlements.

Les discussions viennent de prendre fin jeudi dernier et nous sommes heureux de porter les premiers à la connaissance de nos lecteurs, les projets de réformes qui intéressent à un si haut point tout le corps médical des hôpitaux. C'est M. le docteur Périer qui a fait le rapport, étude très circonstanciée des différents motifs qui ont nécessité les modifications qu'on va lire. Nous regrettons de ne pouvoir l'insérer tout entier ; mais l'espace nous manque.

Projet de règlement partiel sur le service de santé. — Projet de revision partielle adopté par le conseil de surveillance.

(Admission des malades dans les hôpitaux. — Bureau central. — Consultations.)

—

(Service des remplacements.)

Art. 11. — I. — Chacun des quartiers de Paris, et chacune des communes du département de la Seine ayant un traité avec l'Administration pour l'hospitalisation de ses malades indigents, seront rattachés à un hôpital déterminé, conformément aux indications du tableau ci-annexé.

II. — Les malades ne peuvent être reçus à titre gratuit que dans l'hôpital de leur circonscription hospitalière, à l'exception : 1° Des enfants ; 2° des malades auxquels sont réservés des hôpitaux ou des services spéciaux ; 3° des personnes atteintes d'accidents subits ou de blessures graves hors du territoire de leur circonscription hospitalière ; 4° des malades nécessiteux, non visés par le paragraphe 16, demandés par le chef de service.

III. — En dehors des cas d'urgence, l'admission est prononcée par le directeur de l'hôpital, sur le vu du bulletin du chef de service de la consultation, et, en dehors des heures de consultation, sur l'avis de l'interne de garde.

IV. — L'admission pourra être prononcée d'office par le directeur de l'Administration et, dans les cas d'extrême urgence, par le directeur de l hôpital.

V. — Les malades qui se présenteront à la consultation pour obtenir leur admission devront justifier que l'hôpital auquel ils s'adressent est bien celui de leur circonscription.

VI. — Toutes les personnes, que les médecins ne jugeront pas assez sérieusement malades seront renvoyées au traitement à domicile.

VII. — Les admissions d'urgence sont réservées aux seuls cas où l'hospitalisation ne peut pas être différée au lendemain.

VIII. — Les circonscriptions hospitalières seront groupées, conformément au tableau ci-annexé, en deux sections, comprenant chacune un hôpital répartiteur : l'hôpital Lariboisière pour la section du Nord, et l'hôpital de la Charité pour la section du Sud.

IX. — Les chefs de service, le jour où ils font la consultation, pourront désigner, sur la liste des malades admis, ceux à placer dans leurs services, sans que le nombre puisse dépasser celui des lits vacants.

X. — Les chefs de service ne faisant pas la consultation auront, à tour de rôle, les mêmes facultés, sous les mêmes réserves.

XII. — Le directeur de l'hôpital répartira les autres malades admis à la consultation et les malades admis d'urgence entre les différents services et en proportion des disponibilités de chaque service.

XIV. — Les malades reçus dans un hôpital à la consultation ou par voie d'urgence en excédent des disponibilités de l'hôpital seront répartis entre les différents hôpitaux de la section par le directeur de l'hôpital répartiteur.

XV. — Des hôpitaux ou des services seront spécialement affectés dans chaque section, à titre permanent ou temporaire, au placement de ces malades. Aucun malade ne pourra être admis dans ces hôpitaux ou ces services que sur l'indication de l'hôpital répartiteur de la section.

XVI. — Les malades étrangers au département de la Seine, et auxquels ne s'appliquent pas les dispositions de l'article 1er de la loi du 7 août 1851, ne pourront être reçus dans les hôpitaux de Paris, même à titre payant, que par une autorisation spéciale du directeur de l'Administration. Les demandes des chefs de service, relatives à l'admission de ces malades, devront être adressées au directeur de l'Administration par l'intermédiaire des directeurs des hôpitaux.

Bureau central : Art. 20. — Les médecins et chirurgiens du bureau central sont nommés au concours.

Art. 21. — Les médecins ou chirurgiens qui se présentent au concours pour les places de médecins ou chirurgiens du Bureau central doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le titre de docteur obtenu dans une Faculté de France.

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'élèves internes.

Art. 22. — Les membres du Bureau central restent en fonctions jusqu'à ce que des vacances soient déclarées parmi les titulaires des services hospitaliers.

Art. 23. — Les membres du Bureau sont chargés : 1° De suppléer les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices; 2° De diriger les services ouverts temporairement; 3° d'assurer le service de la consultation dans les hôpitaux, conformément aux dispositions de l'article 14 ; 4° de constater l'état des infirmes présentés pour les hospices ou pour les secours représentatifs du séjour à l'hospice ; 5° d'assurer le service de garde quotidien pour les opérations d'urgence ; 6° de surveiller l'application des bandages et autres appareils.

Art. 24. — Au point de vue des remplacements, les hôpitaux seront divisés en un certain nombre de groupes. Les hôpitaux consacrés aux maladies de la peau ou aux maladies vénériennes d'une part, et les hôpitaux consacrés aux maladies des enfants d'autre part, formeront deux groupes distincts.

Chaque année, les membres du Bureau central choisiront, par ordre d'ancienneté, la nature du service auquel ils seront attachés dans l'année (service des remplacements, service de la consultation, direction des services temporaires).

Les membres du Bureau central, attachés au service de la consultation ou à celui des remplacements, indiqueront, par ordre d'ancienneté, l'hôpital ou le groupe d'hôpitaux auxquels ils désirent être attachés.

Art. 25. — Un membre du Bureau central ne peut être chargé de la suppléance d'un chef de service ou de la direction d'un service temporaire pendant une durée de plus de six mois consécutifs.

Les membres du Bureau central, appelés à la direction d'un service temporaire, lorsque cette suppléance aura duré moins de trois mois, seront replacés en tête de la liste de roulement, mais la durée de la nouvelle direction qui pourrait leur être confiée, ajoutée à la durée de la direction précédente, ne pourra excéder six mois.

Art. 26. — La moitié des chirurgiens du Bureau central pourront être attachés à des services de chirurgie généraux ou spéciaux à titre de chirurgiens assistants. Les chirur-

giens auxquels des assistants pourront être attachés seront désignés par le Directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance, et choisis parmi les chirurgiens ayant au moins dix ans de service comme titulaires. Les assistants de chirurgie seront nommés par le directeur de l'Administration, sur la proposition du chef de service.

Pendant la durée de leurs fonctions, ils ne pourront pas prendre part à la direction des services temporaires ni au service des suppléances, sauf le cas prévu à l'article 39. Ils recevront une indemnité de 1,200 francs. La cessation des fonctions du chef de service entraîne celle de l'assistant.

Les dispositions de l'article 26 seront également applicables aux accoucheurs du Bureau central.

Consultations externes : Art. 14. — I. — Il est donné des consultations gratuites dans les hôpitaux et hospices désignés par le Directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance. Les malades devront se présenter aux consultations de l'hôpital de leur circonscription hospitalière.

II. — La consultation sera faite : 1° Par les chefs de service, mais sous la condition absolue de s'en acquitter d'une façon personnelle et régulière. Si l'inexactitude d'un chef de service est constatée par le compte rendu trimestriel du service médical, il pourra être relevé du service de la consultation par le directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance; 2° Par des médecins ou des chirurgiens du Bureau central et, à défaut, par des assistants de consultation. Dans les services de clinique de la Faculté et dans les services de chirurgie pourvus d'un assistant, la consultation pourra être faite par le chef de clinique ou par le chirurgien du Bureau central assistant.

III. — Il ne pourra être désigné par hôpital qu'un assistant de consultation de médecine et qu'un assistant de consultation de chirurgie.

IV. — Les membres du Bureau central chargés de la consultation seront désignés pour un an. Pendant leur année d'exercice, ils ne pourront pas prendre part au service des remplacements, sauf le cas prévu à l'article 39.

V. — Les assistants de consultation seront nommés par le directeur de l'Administration, sur la désignation des médecins ou chirurgiens des hôpitaux auxquels ils devront être attachés.

VI. — Pour la désignation de l'assistant de consultation de médecine, le plus ancien des médecins de l'hôpital réunira ses collègues dans le bureau de la direction de l'établissement et présidera la réunion. En cas de partage des voix, il aura voix prépondérante. Pour la désignation de l'assistant de chirurgie, il sera procédé de même par le plus ancien des chirurgiens de l'hôpital.

VII. — Les assistants de consultation devront être choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

VIII. — Ils seront nommés pour deux ans et pourront être maintenus en fonctions mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis des chefs de service.

IX. — Ils n'auront, dans les hôpitaux auxquels ils seront attachés, aucune autre attribution que le service de la consultation.

X. — Ils auront droit chaque année à un congé de quinze jours. Les congés ne pourront leur être accordés du 1er juillet au 1er novembre. Sauf les cas de force majeure, le nombre des assistants de consultation de médecine ou de chirurgie simultanément en congé ne pourra dépasser les deux tiers du nombre des assistants suppléants de médecine ou de chirurgie.

XI. — Les membres du Bureau central chargés de la consultation et les assistants

de consultation seront remplacés, pendant leur congés, par des assistants de consultation suppléants.

XII. — Les médecins ou chirurgiens titulaires, qui auront gardé le service de la consultation, seront remplacés dans ce service, pendant leurs congés, par le médecin ou chirurgien du Bureau central, ou par l'assistant de consultation attaché à l'hôpital, et, à défaut, par un assistant de consultation suppléant.

XIII. — Les assistants de consultation suppléants seront nommés par le directeur de l'Administration sur une liste double de candidats, choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, liste dressée par une commission composée :

Pour les assistants suppléants de médecine : du représentant des médecins des hôpitaux au conseil de surveillance, président ; du président de la société médicale des hôpitaux ; du président de la société des médecins du Bureau central.

Pour les assistants suppléants de chirurgie : du représentant des chirurgiens des hôpitaux au conseil de surveillance, président ; du président de la société des chirurgiens des hôpitaux ; du président de la société des chirurgiens du Bureau central.

Le nombre des assistants de consultation suppléants pourra être de huit au maximum, dont quatre pour la médecine et quatre pour la chirurgie.

XIV. — Il sera alloué aux membres du Bureau central chargés de la consultation, aux assistants et aux assistants suppléants de consultation, un jeton de présence de 5 francs pour chaque consultation. Le nombre des jetons sera porté à deux pour les hôpitaux excentriques conformément au tableau ci-après annexé.

XV. — Les chefs de service faisant la consultation, les chirurgiens assistants et les chefs de clinique seront assistés à la consultation par des élèves de leurs services.

XVI. — Les membres du Bureau central et les assistants de consultation seront assistés par un ou deux externes pris en dehors des services de l'hôpital et spécialement affectés au service de la consultation.

XVII. — Il ne sera délivré aucun médicament à la consultation, mais les ordonnances délivrées aux malades nécessiteux seront servies gratuitement par les bureaux de bienfaisance de la circonscription hospitalière, à la condition : 1° que le malade aura sa résidence dans la circonscription ; 2° que son état de gêne aura été constaté par l'apposition, sur l'ordonnance, du visa du maire ou de son délégué ; 3° que les ordonnances seront signées et datées lisiblement de la main même du chef de service de la consultation, et dans aucun cas par l'un des élèves, et que les prescriptions se renfermeront, au point de vue de la nature et des quantités des médicaments, dans les limites imposées aux médecins du service à domicile. Ces dépenses seront remboursées sur état aux bureaux de bienfaisance par l'Administration centrale.

XVIII. — A l'exception des pansements d'urgence, aucun appareil ou objet de pansement ne pourra être délivré que sur le vu d'un certificat de la mairie attestant l'état de gêne du malade.

Consultations des services spéciaux. — XIX. — Les consultations des services spéciaux de médecine et de chirurgie sont assurées directement par le chef de service et sous sa responsabilité personnelle.

XX. — Des assistants pourront être adjoints aux services spéciaux de médecine ou de chirurgie, par arrêté du directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

XXI. — Ils seront nommés par le directeur de l'Administration, sur la présentation du chef de service, et seront choisis parmi les membres du Bureau central ou les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. Ces

derniers seront nommés pour deux ans et pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis des chefs de service, conformément au paragraphe 8 du présent article.

XXII. — Les dispositions des paragraphes 4 et 5 de l'article 26 leur sont applicables.

Consultations pour les maladies spéciales rattachées à des services généraux de médecine et de chirurgie. — XXIII. — Des consultations pour maladies spéciales peuvent être annexées, à la demande des chefs de service, à des services de médecine ou de chirurgie, par arrêté du directeur de l'Administration, après avis du conseil de surveillance, à la condition d'être directement assurées par le chef de service ou par le chirurgien assistant dans les services de chirurgie pourvus d'un assistant.

XXIV.— Les chefs de services spéciaux, à défaut d'assistants nommés par le directeur de l'Administration, et les chefs de service autorisés à annexer une consultation spéciale à leur service, pourront se faire assister, à leur choix et sous leur responsabilité personnelle, pour le service de la consultation, par un docteur en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

XXV. — Ces assistants bénévoles devront être agréés par le directeur de l'Administration. Les dispositions du paragraphe 8 du présent article relatives à la durée des fonctions leur seront appliquées.

XXVI. — Des médicaments ou des appareils pourront être délivrés aux consultations spéciales aux malades qui auront justifié de leur état de gêne par une attestation de la mairie de leur arrondissement.

XXVII. — Les listes des médicaments et des appareils qui pourront être délivrés seront arrêtées chaque année par le directeur de l'Administration, après avis du conseil de surveillance.

Secours de maladies. — XXIX. — Des secours de maladie, en nombre limité pour chaque hôpital, pourront être délivrés, après enquête, par le directeur de l'Administration, sur la proposition des chefs de service de la consultation, aux malades qui ne paraîtraient pas devoir être admis à l'hôpital ni renvoyés au traitement à domicile. Ces secours seront payés sur bons par les bureaux de bienfaisance et remboursés par l'Administration centrale.

Remplacements. — Service des vacances et des jours fériés : Art. 38. — I. — Les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ne peuvent se faire suppléer que pour cause de maladie ou en vertu d'un congé accordé par le directeur de l'Administration.

II. — La durée des congés qui pourront être accordés dans le courant de l'année à un médecin ou chirurgien des hôpitaux sera limitée, en dehors des cas de maladie, à un mois pour les membres du Bureau central et à deux mois pour les médecins et chirurgiens titulaires.

III. — Du 15 juillet au 1er novembre de chaque année, aucun congé ne pourra être accordé aux médecins ou chirurgiens du Bureau central.

IV. — Les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant plus de dix années de service pourront, sur leur demande, mais en raison seulement des services publics dont ils pourraient être chargés, être mis en congé exceptionnel, après avis du Conseil de surveillance et par arrêté du directeur de l'Administration, approuvé par le Préfet de la Seine.

V. — Ces congés ne pourront être accordées pour une durée de plus de deux ans; ils pourront être renouvelés.

VI. — La suppléance des médecins et chirurgiens d'un hôpital est assurée par les membres du Bureau central chargés des remplacements dans le groupe dont fait partie

cet hôpital, ou, à défaut, et par ordre de roulement, par des membres du Bureau central chargés des remplacements dans un autre groupe.

VII. — Les suppléants sont désignés par le directeur de l'Administration.

VIII. — L'indemnité allouée au chef de service qui s'absente sera acquise de droit à celui qui le remplace pour tout le temps du remplacement.

IX. — En cas de décès d'un médecin ou chirurgien attaché à un hôpital ou hospice, la suppléance, pour le service provisoire jusqu'à la nomination de son successeur, est assurée de la même manière que pour les cas de maladie.

X. — Les professeurs de clinique pourront être remplacés par leur chef de clinique.

Art. 39. — I. — Du 15 juillet au 15 octobre, le service des remplacements sera assuré dans chaque hôpital : 1° Par les médecins et chirurgiens de l'hôpital ; 2° Par les membres du Buraau central chargés des remplacements dans le groupe dont fait partie l'hôpital; 3o Par les membres du Bureau central chargés de la consultation et par les assistants de chirurgie dans l'hôpital auquel ils sont attachés; 4o Par les membres du Bureau central chargés de la direction des services temporaires; 5o Au besoin par les candidats admissibles aux épreuves du deuxième degré du Bureau central.

II. Un suppléant ne pourra avoir la direction de plus de deux services, y compris le service de la consultation. Les assistants de chirurgie ne pourront faire la suppléance que d'un service en plus du service auquel ils sont attachés.

III. — Les demandes de congé des chefs de service, pour la période du 15 juillet au 15 octobre, doivent être adressées au directenr de l'Administration, par l'intermédiaire des directeurs des hôpitaux, avant le 5 juillet.

IV. — Un état des remplacements à assurer du 15 juillet au 15 octobre sera établi par les soins de l'Administration centrale avant le 10 juillet, et l'attribution des services sera faite du 10 au 15 juillet.

V. — Pour l'attribution des services, seront appelés à exercer leur choix : 1° Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, dans l'établissement auquel ils sont attachés, d'accord avec leurs collègues; puis par ordre d'ancienneté: 2° Les membres du Bureau central chargés des remplacements dans le groupe dont fait partie l'hôpital; 3° Les membres du Bureau central chargés de la consultation et les assistants de chirurgie dans l'établissement auquel ils sont attachés; 4o Les membres du Bureau central chargés de la direction des services temporaires; 5° Les candidats admissibles aux épreuves du deuxième degré du Bureau central.

VI. — Le service des visites du dimanche et des jours fériés sera assuré dans chaque hôpital par le tiers au moins des chefs de service de médecine et de chirurgie. Dans les établissements ne comptant qu'un seul chef de service de médecine ou de chirurgie, la visite du dimanche pourra être faite, de quinzaine en quinzaine, par l'un des internes du service, sauf recours au chef de service en cas d'urgence.

(Suit le tableau des circonscriptions hospitalières et le tableau des hôpitaux excentriques.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1894 — Présidence de M. Rochard

M. Le Dentu communique une observation intitulée

Carcinome du rein gauche ; néphrectomie transpéritonéale, — Guérison

Il s'agit d'un homme de 41 ans, entré à l'hôpital Necker le 26 octobre 1893, Les hématuries ont débuté en mars 1893, et se reproduisent pendant 6 mois. Depuis près de 2 mois les urines sont simplement rougeâtres,

Dans le flanc gauche, on trouve une tumeur volumineuse qui, en dedans, atteint presque la ligne médiane ; il n'y a pas de douleurs spontanées ni à la pression, mais il existe un varicocèle gauche assez développé et douloureux. La tumeur semble adhérente dans la profondeur, cependant elle se déplace légèrement lorsque le malade se couche sur le côté droit et on peut lui imprimer quelques mouvements très limités.

L'état général étant bon et les résultats de l'analyse des urines satisfaisants, M. Le Dentu se décide à faire une incision exploratrice et à extirper la tumeur si la chose lui paraît possible.

Opération le 24 novembre 1893. L'incision médiane sus et sous-ombilicale permet d'arriver sur la tumeur recouverte du péritoine et sillonnée de grosses veines. Le péritoine glisse sur le plan antérieur du néoplasme et sur ses parties latérales. Comme la séparation de la tumeur paraît possible, M. Le Dentu place d'abord des pinces sur plusieurs grosses veines de la face antérieure, incise avec des ciseaux un pli du péritoine et, avec la main droite glissée entre le néoplasme et la séreuse, il décolle celle-ci aussi vite que possible. Mais, pendant ce temps, une hémorrhagie veineuse très abondante se produit et le sang coule en quantité telle que la vie de l'opéré est en danger. L'incision est agrandie, M. Le Dentu fait sortir la tumeur et tamponne la cavité avec des éponges ; le pédicule ne peut être lié par suite de la présence d'un lobe de la tumeur, et deux longues pinces sont laissées à demeure sur les vaisseaux rénaux. Toilette du péritoine et de la cavité, tamponnement à la gaze iodoformée, suture des deux lèvres de l'incision péritonéale postérieure autour de la partie supérieure de la plaie abdominale; suture du reste à deux étages. Suites très simples, à peine un peu de fièvre; puis, après l'ablation des pinces au bout de 5 jours, marche normale vers la guérison qui est actuellement complète.

Le rein était long de 19 centimètres, large de 13 et épais de 10. Il s'agissait d'un carcinome d'origine glandulaire.

— M. Juhel-Renoy communique le résultat de ses recherches expérimentales sur la variole et la vaccine. (*Union médicale*, compte rendu de la dernière Société médicale des hôpitaux.)

— Au cours de la séance, M. Blanchard est élu membre titulaire par 57 voix ; M Huchard a eu 18 voix, M. Ferrand 1, M. Legroux 1.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les titres des candidats correspondants nationaux.

Voici la liste de classement : 1re ligne : M. Layet (Bordeaux) ; 2e ligne : M. Alison (Baccarat); 3e ligne : M. Mairet (Montpellier); 4e ligne : M. Liégeois (Blainville aux-Saules); 5e ligne : M. Vergely (Bordeaux); 6e ligne, M. Bertrand (Cherbourg).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

—

Le *British medical*, dans son numéro du 27 janvier résume la discussion qui a eu lieu à la Société royale de médecine et de chirurgie.

Sur la disparition spontanée des tumeurs solides de l'abdomen. — M. Smith, qui fait la communication, en cite 3 cas. C'est d'abord un jeune homme de 25 ans présentant des phénomènes d'occlusion intestinale dus à une grosse tumeur de l'hypogastre. On fit une laparotomie qui conduisit au diagnostic de tumeur maligne adhérente aux intestins et on fit un anus artificiel, à cause de l'occlusion intestinale. La tumeur

diminua graduellement; six mois après on fit une laparotomie pour guérir l'anus artificiel par l'entérorrhaphie et on ne trouva plus trace de la tumeur. Quatre ans et demi après, le malade était en excellente santé. Dans un deuxième cas, une femme de 55 ans présentait une tumeur de la région ombilicale, adhérant à la paroi abdominale, elle était du volume d'une tête de fœtus à terme; elle adhérait aussi aux intestins d'un côté. On fit le diagnostic de tumeur maligne et on la laissa en place; on évacua une petite collection muco-purulente et pendant deux ans il resta une fistule, Puis la tumeur disparut, la fistule se ferma et la femme est aujourd'hui très bien. Enfin, chez une troisième malade, de 19 ans, on trouva une grosse tumeur remplissant la partie supérieure droite de l'abdomen, sans plonger dans le bassin. Après laparotomie, on fit le diagnostic de tumeur inopérable; il se forma une fistule stercorale; puis, petit à petit, la tumeur disparut; on pratiqua une entérorrhaphie et la malade est maintenant guérie. On ne peut pas dire, ajoute M. Smith, que ces guérisons soient tout à fait spontanées, car elles ont en réalité été provoquées, la première par un changement dans le cours des matières et les deux autres, par l'ouverture d'une fistule, et à propos de leur étiologie ce chirurgien se demande si quelques-unes de ces tumeurs n'ont pas pour origine un diverticule de Meckel.

A ce propos, M. Doran pense que certains cas de péritonite chronique avec adhérences et accumulation de matières fécales simulent, à s'y méprendre, des tumeurs solides. Cela peut arriver dans la péritonite tuberculeuse, qui n'est pas rare chez l'adulte. Le cancer et le sarcome ne marchent, en effet, jamais spontanément vers la guérison. On a déjà fait remarquer que, dans les cas de péritonite tuberculeuse avec ascite, l'incision exploratrice, en enlevant le liquide, provoquait l'arrivée de phagocytes qui détruisaient les tubercules. N'y aurait-il pas ici une action analogue sur les néoplasmes de nature inflammatoire, quoique d'apparence maligne. C'est du moins ce que peut faire penser la deuxième observation de M. Smith.

M. Bland Sutton, lui aussi, a observé quatre cas de ces tumeurs à régression spontanée. Chez un enfant de 11 ans opéré pour occlusion intestinale, où une laparotomie amena un peu de pus, et montra à l'ouverture du péritoine, dans la courbure de l'S iliaque, une grosse tumeur analogue à un lympho-sarcome qui ne fut pas enlevé. Actuellement, cette tumeur a disparu. Dans un autre cas, une femme de 50 ans présentait des symptômes d'occlusion intestinale et on sentait par le toucher vaginal une tumeur qui faisait penser à un myome utérin. Une laparotomie révéla l'existence d'une tumeur qu'on considéra comme un cancer de l'S iliaque adhérent à l'utérus. La plaie fut refermée et la malade guérit sans autre intervention. M. Sutton croit que ces guérisons dites spontanées sont dues aux manipulations de la tumeur qui brisent quelques adhérences.

Toutes les tumeurs abdominales dont on vient de parler sont certainement de nature inflammatoire pour M. Priestley. On sait, en effet, que de pareilles tumeurs et de vastes surfaces de suppuration peuvent s'établir sans provoquer de fièvre, mais il ne croit guère à l'action des phagocytes.

Le débat se termine par une réponse de M. Smith, qui établit que dans les cas cités par lui il ne s'agissait pas de tumeur de nature inflammatoire.

Comme on le voit, en Angleterre, on a constaté de nombreux faits analogues à ceux cités il y a environ un an à la Société de chirurgie: mais le même mystère plane sur l'interprétation de ces disparitions vraiment curieuses.

Les cas de **tétanos traumatique** traités avec succès par des *injections d'antitoxine tétanique*, sont assez rares pour que nous enregistrions l'observation de M. Clarke relatée dans *The Lancet* du 26 janvier 1894. Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui, à la suite d'un

coup sur le pouce, eut une suppuration de l'ongle. Un mois après apparurent des contractures et de l'engourdissement dans les muscles du cou. Le rictus sardonique du tétanos ne tarda pas à se montrer. Dans les spasmes, le dos se courbait, la tête était portée en extension, les dents se serraient, et, par suite de la suspension de la respiration, la face et les lèvres devenaient livides. Le malade pouvait avaler des liquides sans trop de difficulté et on lui fit prendre 75 centigrammes d'hydrate de chloral et de bromure de potassium toutes les vingt-quatre heures. Ce traitement fut continué deux jours sans succès ; c'est alors qu'en désespoir de cause, cinq jours après son entrée à l'hôpital, on commença des injections d'antitoxine tétanique, due à l'obligeance de M. le docteur Roux, de l'Institut Pasteur.

Cent grammes furent injectés, dans les premières vingt-quatre heures, dans les cuisses, les fesses, les bras et la poitrine, après anesthésie par le chloroforme. Vingt-quatre heures plus tard, on injectait 50 autres grammes.

Au bout de deux jours de traitement, les convulsions s'atténuèrent, le trismus et l'opisthotonos furent moins marqués.

Sept jours après les premières injections, le malade reprit, toutes les quatre heures, les 75 centigrammes de bromure de potassium qu'on avait interrompu, et suivit ce traitement pendant huit jours. Le jour de l'entrée à l'hôpital, l'ongle avait été enlevé, et, après incision de la matrice, la plaie avait été pansée avec une solution d'acide phénique au 1/20. La température n'a jamais dépassé 37°7. Ce cas de tétanos traumatique est le premier qui ait été guéri par l'antitoxine en Angleterre.

Les cas de **sarcome du radius** sont assez rares et il est utile de signaler la communication de M. Clutton, qui vient d'en observer trois cas et de les communiquer à la Société clinique de Londres, le 26 janvier 1894. Dans le premier cas, il s'agissait d'un sarcome myéloïde de la tête et du col du radius chez un homme de 28 ans, dont l'existence remontait à deux ans. Il fit la résection du 1/3 supérieur du radius. Le malade mourut 18 mois après, d'une affection rénale ; il n'y avait aucune trace de récidive du sarcome. Chez un homme de 50 ans, il trouva un sarcome myéloïde de la partie inférieure du radius, réséqua cette extrémité inférieure et la partie correspondante du cubitus pour éviter une déviation de la main. Enfin, une femme de 34 ans présentait un sarcome à cellules embryonnaires de l'extrémité inférieure du radius ; M. Clutton crut à une tumeur du périoste et il fit l'amputation. Peut-être aurait-on pu réussir à conserver la main en faisant la résection, mais, en raison de la texture histologique de la tumeur, il se félicite d'avoir fait l'amputation.

BIBLIOTHÈQUE

—

Traité élémentaire d'anatomie pathologique

par P. Coyne. — J.-B. Baillière et fils, 1894.

Le traité d'anatomie pathologique publié par M. Coyne répond à la fois aux besoins des étudiants et à ceux des médecins. Simple et méthodique dans l'exposition des faits, il est dégagé de l'attirail encombrant des historiques et des renseignements bibliographiques ; d'autre part, il présente d'une façon complète l'état actuel de la science.

Sans entrer dans les détails de l'ouvrage, nous signalerons particulièrement les points spéciaux sur lesquels M. Coyne attire lui-même l'attention dans sa préface. Les inflammations catarrhales sont toutes d'origine microbienne; cependant M. Coyne n'a compris dans le chapitre réservé à leur étude que l'inflammation catarrhale gonococcique et

l'inflammation diphtéritique. On pourrait y attacher avec autant de raison, l'étude du choléra et celle de la dysenterie qui, pour ne pas rompre avec les usages établis, ont été laissées dans le chapitre qui traite des maladies du tube digestif. Les lésions de la fièvre typhoïde sont un mélange de catarrhe intestinal et de formation lymphoïmateuse; elles marquent une forme de transition permettant de passer des inflammations catarrhales aux inflammations nodulaires infectieuses.

Un sommaire placé en tête de chaque chapitre, reproduisant exactement la disposition des descriptions, avec l'ordre et l'étendue qui leur est accordée dans le corps de l'ouvrage, peut servir d'aide-mémoire et permettra à l'étudiant de retrouver rapidement et facilement les parties qu'il aurait besoin de revoir de nouveau,

---

SUPPLÉMENT DU GUIDE PRATIQUE DES SCIENCES MÉDICALES

Paris. — Société d'éditions scientifiques, 1894

Chaque article de ce supplément montre aux praticiens travailleurs le chemin parcouru et les progrès accomplis pendant l'année 1893. La bactériologie mise à la portée de tous, les maladies de l'estomac, les maladies du foie, le choléra, les dernières recherches de séméiologie obstétricale, voilà ce que le lecteur y trouvera condensé en des chapitres tous signés d'auteurs jeunes, mais particulièrement compétents.

Nous recommandons spécialement la lecture des pages relatives aux maladies de l'estomac; on y trouvera exposés, d'une façon claire et nette, les travaux récents et ardus de MM. Hayem et Winter sur les règles à suivre dans l'examen du suc gastrique.

COURRIER

—

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (médecine). — Le jury du Bureau central de médecine vient d'être tiré au sort; il est provisoirement composé ainsi qu'il suit :

MM. Hirtz, Talamon, Faisans, Gouguenheim, Hérard, Chauffard et Schwartz. M. Schwartz a accepté.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Dans notre dernier numéro, nous avons donné la liste des candidats telle que le jury l'avait arrêtée au 401e inclusivement; nous sommes cependant heureux d'annoncer qu'il y a sept élus de plus, ce sont MM. Catuneanu, Carra, Subercaze, de Nittis, Baldet, Roché, Goupille.

Il y a là encore une petite irrégularité de l'Administration qui a dressé ce dernier supplément à la liste sans l'avis des membres du jury; nous sommes tellement habitué de sa part à de si drôles de choses, que nous nous bornons à signaler le fait.

La *Gazette des Hôpitaux* a examiné les différentes péripéties du concours et étudie le moyen d'éviter la perte de temps causée aux candidats par leur présence à tous les appels. C'est là une question intéressante sur laquelle nous nous promettons de revenir très prochainement.

MÉDECINS ET SOCIALISTES. — La Société locale des médecins de Leipzig vient de prendre l'étrange décision suivante : ceux de ses membres qui avouent être socialistes-démocrates seront exclus de la Société. Deux médecins de Leipzig, qui ont été atteints par cette décision, viennent de protester auprès du ministre contre cette mesure.

— Dans un discours sur l'usage de l'alcool, M. Lawson Tait a remarqué que l'amour de l'alcool n'est pas le propre de l'homme. Les guêpes elle-mêmes s'enivreraient avec passion. « J'ai remarqué, dit M. Lawson Tait, que les guêpes attaquent avec avidité

certains fruits lorsqu'ils sont très mûrs, et en réalité pourris. Dans ces fruits, le sucre suivant le processus ordinaire de la putréfaction, s'est déjà quelque peu transformé en alcool. C'est sur ces fruits, en particulier les raisins et certaines variétés de prunes, que vous verrez les guêpes se précipiter, se pressant et se disputant en grand nombre. Vous les verrez ensuite, absolument ivres, se traîner dans un état de demi-somnolence, puis se reposer quelque temps dans l'herbe jusqu'à ce qu'elles soient remises de leur ivresse. C'est dans ces moments que leurs assauts sont le plus à craindre, aussi bien du fait de la virulence plus grande de leurs piqûres que de leur tendance à attaquer sans être provoquées. » (*Revue Scientifique.*)

— L'Œuvre des enfants tuberculeux d'Ormesson, qui inaugurait récemment à l'hôpital modèle de Villiers-sur-Marne, le *Pavillon des Enfants de France*, vient d'être reconnue d'utilité publique.

L'Assemblée générale annuelle de cette œuvre aura lieu le dimanche 18 février, à deux heures et demie, dans la salle des Fêtes de l'Hôtel Continental, sous la présidence de M. Georges Picot, membre de l'Institut.

La musique du 113e régiment de ligne prêtera son concours à cette cérémonie.

— M. le professeur Cornil, MM. les docteurs Léon Labbé et de Lourties ont été nommés membres de la commission de l'armée. La discussion a déjà commencé; nous en parlerons dans notre prochain numéro.

Jubilé de M. le professeur Schiff. — La Faculté de médecine de Genève vient de fêter le cinquantième anniversaire de doctorat du professeur Schiff.

Une souscription a été organisée, à l'occasion de cet anniversaire, pour la publication d'un recueil complet des mémoires physiologiques de M. Schiff. L'impression du premier des trois volumes de cet ouvrage est terminée, et le premier exemplaire, richement relié, a été offert, le 24 janvier, à son auteur, par M. Herzen.

L'Alcoolisme en Prusse. — D'après le *Hamburger Freisinninger Zeitung*, il y a eu en Prusse, dans l'espace d'un an, 1,200 individus qui sont morts de *delirium tremens* et 500 qui se sont suicidés à la suite d'ivresse.

— D'après une statistique récemment dressée par la préfecture de police, il y a à Paris 2,208 médecins.

C'est donc à peu près un médecin par 1,000 habitants.

D'après les adresses fournies par ces médecins, le nombre des praticiens est bien plus grand dans les quartiers riches que dans les quartiers pauvres.

— Dans le cours de la troisième année de son existence, l'Institut Pasteur de Budapesth a traité 647 personnes. Dans 12 cas le développement de la rage n'a pu être prévenu, mais dans 6 de ces cas, le traitement n'a pu être institué que tardivement ; ces 6 cas sont donc à déduire. Il reste 6 morts pour 641 sujets traités, ce qui donne une mortalité de 0,93 p. 100. Le pourcentage des trois années est de 0,91 sur 100, pour un total de 1,350 inoculés.

Corps de santé de la marine. — M. le médecin en chef Talairach remplace M. Rouvier, à Paris, comme membre du Conseil de santé.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Les fractures du sternum par cause directe sont assez rares. M. le docteur Poulain a été assez heureux pour en traiter une et son observation a fait, au début de la séance, l'objet d'un rapport de M. Michaux. Ce fait ne peut pas donner lieu à de bien grandes considérations, et, après avoir exposé la cause de ce traumatisme dû à un coup de corne de bœuf, montré la direction du trait de fracture qui était oblique de haut en bas et de gauche à droite, déterminé son siège à 10 centimètres de l'appendice xyphoïde, M. Michaux termine en rapprochant ce cas des quelques exemples qui existent dans la science et dont un est dû au professeur Tillaux.

M. Delagenière, membre correspondant, monte alors à la tribune pour faire une communication sur *l'hystérectomie abdominale totale dans certaines suppurations des annexes.* Pour résumer ce débat, nous dirons que cette opération par la voie abdominale paraît ne pas avoir eu l'assentiment de la Société, et les différents orateurs qui se sont succédé vont nous en donner les raisons ; mais, auparavant, suivons M. Delagenière dans son travail.

Frappé de ce fait que, dans certains cas, après avoir opéré par le vagin, il était obligé de faire une laparotomie secondaire, que, d'autre part, la situation élevée des poches, les adhérences impossibles à rompre rendaient l'hystérectomie vaginale quelquefois forcément incomplète, le chirurgien du Mans a trouvé que l'idéal était d'enlever tout l'appareil utéro-ovarien par la laparotomie. Il a réalisé ce plan et à guéri sa malade. Il n'a pas été arrêté par les chances de contamination du péritoine et estime qu'avec le plan incliné cette intervention est facilement réalisable. Puis il profite de sa présence à la tribune pour déposer sa statistique.

M. Pozzi, comme il fallait s'y attendre, lui rappelle que cette manière de faire n'est pas nouvelle, qu'elle est adoptée par quelques chirurgiens à l'étranger et notamment de l'autre côté de l'Océan. Dans un voyage récent qu'il vient de faire en Amérique, il a vu trois fois cette méthode employée par des hommes tels que Polk, Lusk et Baldy qui appliquent ce procédé là où les chirurgiens français pratiquent l'hystérectomie vaginale, ce qui tient probablement à ce que cette dernière opération est moins bien faite par les étrangers que par les Français. Quant aux indications, il ne les comprend pas. M. Pozzi craindrait avec raison l'infection du péritoine et ne voit pas, du reste, quel avantage il y a à remplacer la voie vaginale par la voie abdominale.

C'est absolument l'avis de M. Routier qui, cependant, dans un cas, a eu la main forcée et a été contraint de faire suivre l'extirpation des annexes de l'ablation de l'utérus. Cet organe avait été tellement blessé pendant la décortication des trompes qu'il saignait beaucoup et c'est pour ainsi dire une ablation hémostatique qu'il a dû pratiquer.

C'est aussi l'opinion actuelle de M. CHAPUT. Il n'en a pas toujours été ainsi. Il a pratiqué, en effet, l'extirpation de tout l'appareil utéro-ovarien par la voie abdominale six fois et avec succès. Il abordait l'utérus et les ligaments larges d'abord par le vagin, en pinçant les utérines et en faisant une section circulaire autour du col. L'opération lui paraît rapide et facile, ainsi qu'il l'a consigné dans les Bulletins de la Société de gynécologie; mais un revers, dans sa septième intervention, a modifié ses idées. La rupture d'une poche purulente détermina une infection et une péritonite mortelle.

M. SEGOND intervient dans le débat pour défendre l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. La voie abdominale, dans ces cas est, dit-il, beaucoup plus grave. Puis, poursuivant son sujet, il pose ce principe que, pour lui, l'ablation totale des annexes malades, quand elle est possible par la laparotomie, est tout aussi praticable par le vagin après hystérectomie. C'est, comme on le voit, une nouvelle étape de la défense de l'hystérectomie vaginale; c'est une question nouvelle à traiter, plusieurs orateurs vont s'y engager et M. Segond, tout à l'heure, va faire remarquer, avec raison, qu'elle demanderait une discussion toute spéciale.

— Il faut savoir modifier sa méthode, nous dit M. RECLUS, et profiter des enseignements qu'on acquiert par la pratique. Et bien! avec la position déclive, les ablations des annexes par le ventre deviennent pour lui plus faciles et font gagner du terrain à la laparotomie contre l'hystérectomie. Quant à la manière de faire préconisée par M. Delagenière, elle lui paraît avoir tous les désavantages et aucun des avantages des deux méthodes. L'utérus reste, dit-on, souvent atteint de métrite; mais un simple petit curettage suffit pour le guérir et, dans ce cas, il n'y a pas besoin de l'enlever.

L'hystérectomie vaginale perdrait-elle du terrain? M. QUÉNU, qui comme il le dit, a été au début éclectique quand il s'agissait des suppurations pelviennes, semble en être un peu revenu. Comme il le fait remarquer, ce ne sont pas les poches bien limitées qui sont difficiles à enlever par le vagin, mais bien ces annexes adhérentes, haut fixées, qu'on ne peut atteindre et qu'on va chercher avec les pinces « au petit bonheur ». Dans ces cas, deux fois il lui est arrivé de faire une laparotomie secondaire qui lui a permis d'extirper ce que l'hystérectomie n'avait pu laisser aborder.

Cette opinion est partagée par M. REYNIER qui a, pour sa part, réussi par la laparotomie là où il avait échoué par l'hystérectomie et, dans ce dernier cas, ajoute-t-il, on fait nécessairement des extirpations incomplètes qui donnent lieu à des douleurs persistantes.

M. CHAMPIONNIÈRE termine la discussion en disant qu'il préfère en principe la voie vaginale et il répond à M. Delagenière en ajoutant que, si l'hystérectomie n'a pas été suffisante, on a toujours la ressource de faire une laparotomie complémentaire, sans, de parti pris, ouvrir du même coup et le ventre et le vagin.

La seconde partie de la séance est occupée par des communications sur la chirurgie urinaire; c'est d'abord un travail de M. Lejars sur quatre observations de *cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques*, travail renvoyé à une commission, et une lecture de M. BAZY sur la *technique de la taille hypogastrique*. Depuis Petersen, dit l'orateur, bien des progrès dus à l'antisepsie et à l'asepsie ont été accomplis. Le mode opératoire a été simplifié et ce sont ces simplifications qu'il est bon de faire connaître. Et, tout

d'abord, le lavage de la vessie, qui est quelquefois très difficile, doit être fait avec une simple souge rouge. Il n'est pas nécessaire de ligaturer la verge, car il ne faut pas injecter le réservoir urinaire de façon à y déterminer une trop forte pression, ce qui peut en déterminer la rupture, comme le prouve un cas de M. Guyon cité par M. Pousson. 250 grammes ne doivent pas être dépassés et la moyenne du liquide à injecter est de 80 à 100 gr.

L'incision médiane est de règle, elle permet toutes les interventions, y compris la suture des uretères, et la symphyséotomie n'est qu'une complication inutile et dangereuse. Le tissu graisseux ne doit pas être refoulé, mais plutôt sectionné; la veine apparaît et elle doit être saisie le plus près possible de son sommet, elle est alors ouverte et saisie, puis maintenue au dehors sans qu'il y ait besoin de se servir de suspenseurs, On peut, pour se donner du jour, placer une valve; mais les éponges montées ont toujours paru à M. Bazy les meilleurs écarteurs. A ce moment, on peut placer le malade dans la position inclinée et pratiquer dans la cavité vésicale des opérations réglées.

Que faut-il faire après l'intervention? l'idéal est de fermer la vessie, et les tubes de Périer ne devront être employés que lorsqu'il y aura une indication de la laisser ouverte. S'il y a une hémorrhagie, on pourra tamponner le réservoir urinaire, même y laisser des pinces à forcipressure en ayant soin de mettre une sonde à demeure dans l'urèthre. Pour réunir les lèvres de la plaie, M. Bazy emploie une suture en bourse et au catgut. Il fait toujours le drainage prévésical chez l'homme, chez la femme on peut s'en dispenser.

Au début de la séance, M. Picqué a déposé sur le bureau un travail de M. Atgier, médecin-major à Angers, sur l'*hépatotomie rapide dans l'hépatite suppurée* et *sur l'occlusion méthodique du péritoine incisé*. A cet effet, M. Atgier emploie une instrumentation ingénieuse suivant les propres paroles de M. Picqué.

Signalons encore les malades présentés C'est d'abord un cas d'*entéroanastomose* dû à M. Chaput. M. Berger, à ce propos, affirme sa préférence pour l'entérotome.. C'est ensuite un *chondrome périostique d'une phalange* opéré par M. Quénu qui préconise l'hémisection suivant son axe de la phalange qui porte la tumeur afin d'éviter les récidives.

M. Schwartz présente ensuite un énorme fibrome qu'il a enlevé par l'*hystérectomie abdominale totale* et M. Guinard un calcul allongé de l'appendice iléocœcal enlevé avec cet appendice.

Eugène Rochard

REVUE GÉNÉRALE

—

Les formes cliniques du diabète

Pour un grand nombre d'auteurs le diabète, de même que l'albuminurie, est un syndrôme qui se présente avec des allures cliniques très variables, et relève de conditions pathogéniques très dissemblables. Toutes ces conditions sont loin d'être connues, mais il y a certaines formes de diabète

bien individualisées et que le praticien doit savoir isoler les unes des autres. Nous décrirons donc : le diabète gras ou constitutionnel, le diabète maigre ou pancréatique et le diabète nerveux, formes dont M. Lancereaux a plus que tout autre montré l'individualité ; nous verrons plus loin s'il y a lieu de faire quelques réserves sur la réalité de ces espèces.

I. Diabète gras (1)

Le diabète gras sorte de manière d'être de l'individu qui en est affecté est essentiellement héréditaire et se voit chez les arthritiques. Marchal de Calvi, Charcot, Bouchard, pour ne parler que des maîtres modernes ont surabondamment mis en évidence les affinités pathologiques de cette variété de diabète et Lancereaux le fait rentrer dans l'herpétisme : maladie constitutionnelle à longues périodes, essentiellement héréditaire, non contagieuse, caractérisée par des désordres dynamiques des trois grandes fonctions nerveuses, et des lésions trophiques des téguments, des systèmes locomoteur et sanguin.

Dans le plus grand nombre des cas, le diabète constitutionnel est précédé par l'obésité ; il se montre entre 21 et 25 ans chez la femme, entre 25 et 30 ans chez l'homme et les symptômes ordinaires de la maladie apparaissent peu à peu. La polyurie et la polydipsie sont les premiers symptômes, et en même temps l'examen des urines permet de constater la présence du sucre.

La glycosurie est généralement relativement peu abondante; de plus, elle est souvent intermittente. Un grand nombre d'auteurs ont signalé ces glycosuries intermittentes que l'on observe chez les goutteux et qui coïncident et alternent avec l'albuminurie. Il s'agit ici de modifications profondes dans les processus nutritifs qui vont bien avec l'idée que l'on doit se faire de l'arthritisme et de l'herpétisme. Quoi qu'il en soit, le malade bien que réellement diabétique, ne maigrit pas, et c'est à peine si parfois il y a une perte passagère des forces, de l'affaiblissement général, de la diminution de l'intelligence et de la mémoire.

Parfois le diabète gras est entièrement latent et il n'est découvert qu'à l'occasion d'une maladie intercurrente qui permet de le soupçonner ; les accidents comateux peuvent se produire chez un malade qui se croyait en bonne santé.

D'autres fois le début du diabète gras semble brusque ; il y a simultanément polyphagie, polyurie, polydipsie, perte des forces, amaigrissement. Mais l'interrogatoire du malade permet de découvrir que, depuis quelque temps il se levait la nuit pour uriner, avait des démangeaisons aux parties génitales, se plaignait de la faim et de la soif entre ses repas, etc. De plus, le traitement diabétique a un succès rapide et le patient peut bientôt reprendre ses occupations. L'épisode aigu est dû dans ce cas à des excès, à des émotions, à des préoccupations d'affaires, trois facteurs que l'on sait bien exagérer constamment l'état des diabétiques. Soit dit en passant cette influence des préoccupations morales, des fatigues nerveuses, met bien en évidence le rôle important joué par le système nerveux dans le mécanisme intime de la maladie.

(1) G. Boutard, Des différents types du diabète sucré, Th. de Paris, 1890.

Le diabète gras a une forme le plus souvent rémittente et, ainsi que Worms l'a montré, se produisant de préférence chez les hommes de cabinet, chez ceux surtout dont la position sociale est relativement élevée et qui peuvent se soigner facilement, il est susceptible de permettre une survie considérable. Un des malades de Lancereaux, notaire de campagne, devient obèse à 25 ans et diabétique à 30 ans ; il continue à mener un vie active, a des attaques de rhumatisme chronique à 55 ans et ne succombe qu'à 60 ans et à une hémorrhagie cérébrale.

Cependant, soit sous l'influence de causes occasionnelles ou de fautes de régime, soit par suite d'altérations de plus en plus profondes des phénomènes intimes de la nutrition, le diabète gras s'aggrave peu à peu en même temps que les principaux symptômes deviennent très marqués. L'amaigrissement survient et des complications diverses menacent constamment la vie du malade. Chez les diabétiques gras la gravelle urique, l'hémorrhagie cérébrale, l'artério-sclérose, la néphrite interstitielle avec urémie sont particulièrement fréquents et viennent souvent terminer la scène morbide.

II

Lancereaux a rattaché le diabète grave aux altérations du pancréas. On avait bien, avant lui, trouvé des lésions du pancréas chez des diabétiques, mais la relation de ces lésions avec une forme particulière de diabète n'avait jamais été établie (1).

Le diabète pancréatique n'est pas héréditaire ; les antécédents des malades ne présentent rien de fixe et la maladie se produit aussi bien chez les gens maigres que chez les obèses. Cependant les maladies nerveuses sont relativement assez fréquentes dans les antécédents des diabétiques graves.

Le diabète pancréatique débute brusquement. « Presque tous les malades, gens robustes le plus souvent, interrogés sur la manière dont a commencé leur affection, précisent nettement le mois, parfois le jour qui a vu naître les premiers symptômes. » Il n'y a pas de phénomènes révélateurs, et c'est d'emblée que le malade entre dans le grand diabète La première manifestation consiste parfois en des troubles gastro intestinaux graves : vomissements, coliques, diarrhée ; dans d'autres cas, le malade est pris subitement de polyphagie, de soif inextinguible. Rapidement, l'organisme tout entier s'altère, la puissance génitale disparaît, l'intelligence s'affaisse et tout travail devient impossible. Polyurie, polyphagie, polydipsie sont à leur maximum et persistent avec toute leur intensité jusqu'à une période très avancée de la maladie. Les urines sont très abondantes et si l'intoxication diabétique est menaçante, elles ont une odeur de pomme de reinette depuis longtemps signalée. La quantité rendue peut être excessive, 18 litres dans les 24 heures, et la proportion de glycose atteint 400, 1,200 et 1,800 grammes même La glycosurie est permanente et le régime n'a souvent pas d'influence sur elle. Elle s'accompagne d'une azoturie indépendante, elle aussi, de l'alimentation.

La constipation est la règle, mais elle est interrompue de temps à autre par de la diarrhée qui peut être graisseuse ; les coliques sont fréquentes.

(1) Le diabète pancréatique, par J. Thiroloix, Th. Paris, 1892.

La soif, l'appétit sont excessifs et la digestion se fait bien jusqu'au moment ou apparaissent l'intoxication diabétique et la phtisie pulmonaire.

Les facultés intellectuelles sont rapidement atteintes et en même temps toute vigueur disparaît. Les gencives saignent, les dents tombent cariées par suite de l'ostéo périostite et la consomption devient excessive consécutivement à la disparition du tissu graisseux et des masses musculaires. La température reste normale, sauf s'il survient des complications. Ces dernières sont très fréquentes et les malades, dans la grande majorité des cas, meurent de tuberculose pulmonaire ; les furoncles, les anthrax sont aussi très communs. Certains malades ont de l'ictère qui est dû soit à un abcès, soit à un épithéliome du pancréas, soit enfin à des calculs accumulés dans le canal de Wirsung. Thiroloix a vu, dans un cas, une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche.

La marche du diabète pancréatique est continue et il dure de quatre à six ans, parfois seulement quelques mois. La mort est constante.

III

Le diabète nerveux peut être (Boutard) : 1° d'origine encéphalique et dépendre alors non de lésions traumatiques : telles que méningites et tumeurs ; — de traumatismes ; — de commotion cérébrale sans lésion constatée ou probable ; — 2° d'origine médullaire et relever aussi de lésions non traumatiques ou traumatiques.

Le diabète consécutif au traumatisme débute un temps très variable après le traumatisme (de quelques heures à six ans). Sur trente-quatre observations recueillies par Mlle Bernstein-Kohan (1) et dans lesquelles le moment du début est noté, onze fois il a été immédiat. Quatre fois seulement la présence du sucre a été constatée dès le début et comme symptôme initial.

Lorsque la maladie suit de près le traumatisme, la polyurie, la polydipsie la faiblesse, l'amaigrissement se produisent très rapidement.

Lorsque le début est plus retardé les symptômes habituels du diabète se produisent isolément et ce début peut passer inaperçu. Quelquefois, du reste, il est marqué par un symptôme plus tardif, tel que l'tmpuissance, par exemple, ou par des troubles vesicaux, strangurie, rétention d'urine, miction involontaire.

Enfin, si le diabète n'apparaît que longtemps après le traumatisme, il est précédé d'une série de troubles nerveux divers qui tiennent à l'évolution d'une lésion nerveuse, laquelle, lorsqu'elle atteindra les régions du système nerveux capable de produire le diabète, sera suivie de ce dernier.

Le diabète traumatique peut guérir, et guérir radicalement, et alors sa durée ne se prolonge pas habituellement au-delà de trois ou quatre mois ; une seule fois, sur quatorze cas de guérison, Brouardel l'a vu se prolonger deux ans. Même dans des cas où les symptômes diabétiques sont bien nets, la durée peut n'être que de quelques semaines et même de quelques jours. Souvent la polyurie cesse avant la glycosurie.

Presque toujours les diabètes traumatiques qui ont un début tardif ne guérissent pas et parfois le tableau clinique est absolument celui du diabète

(1) *Contribution à l'étude du diabète traumatique*, par Mlle Anne Berstein-Kohan. — Th. de Paris, 1891.

pancréatique ; habituellement, cependant, l'évolution est lente et les allures sont celles du diabète gras, la mort pouvant alors survenir dans la cachexie diabétique, le coma ou par suite d'une phtisie intercurrente.

Nous insisterons peu sur la symptômatologie du diabète qui dépend de lésions nerveuses spontanées, elle rappelle celle des formes que nous avons déjà décrites. Tantôt le début est brutal, tantôt il est insidieux. La polyurie, et la glycosurie sont très variables et cette dernière varie de quelques grammes à plus de 1 kilogramme. Les complications sont les mêmes que dans les autres variétés de diabètes, cependant J. Lévy a noté la rareté des éruptions cutanées, des abcès, de la gangrène. Beaucoup de malades, comme dans les autres formes, succombent à la tuberculose pulmonaire. Un grand nombre de symptômes dépendent, du reste, de la lésion du système nerveux et comme cette dernière peut varier beaucoup, on comprendra facilement que la physionomie clinique soit très dissemblable selon les cas.

IV

Comme nous l'avons dit en commençant, les trois formes de diabète que nous venons de décrire sont nettement individualisées. On en a décrit un certain nombre d'autres dont l'allure est moins nette (diabète bronzé, forme spéciale décrite par Hischfeld) et jusqu'à présent il nous semble que seuls le diabète gras, le diabète pancréatique et le diabète nerveux sont des unités très distinctes. Cependant, d'une part, il ne faut pas croire que, par exemple, diabète gras soit synonyme de diabète pancréatique, car chez l'enfant où le diabète est toujours grave, on ne trouve pas de lésions du pancréas et, d'autre part, tous les auteurs, même en France, sont loin d'accepter les formes de Lancereaux. Pour Lécorché, par exemple, il est impossible d'admettre un diabète gras au sens où le prend Lancereaux et l'amaigrissement rapide ou tardif ne peut servir de base pour séparer des formes, car cet amaigrissement est aussi constant, aussi entièrement lié au diabète que la glycosurie ; il peut être plus ou moins précoce, mais il existe toujours et si, dans quelques cas, la polyphagie le masque au début, il finit toujours par apparaître. Lécorché ne croit pas que la marche aiguë, l'amaigrissement rapide et continu, soient le propre du diabète lié à une lésion du pancréas ; il n'en veut pour preuve que des cas comme celui de Thiroloix, dans lequel l'évolution clinique étant absolument celle du diabète maigre, on ne trouva à l'autopsie aucune lésion du pancréas. Enfin le diabète nerveux est pour lui une simple variété étiologique.

Lécorché classe donc simplement les diabètes de la façon suivante : Formes légères, formes graves, formes très graves, mais il dit textuellement : « Sous le nom de diabète, il n'y a pas plusieurs états pathologiques distincts, il n'y en a qu'un caractérisé par l'accumulation du sucre dans le sang. Comme toute maladie, cet état pathologique peut être variable dans ses cours, dans sa marche, dans son évolution, mais aucun trait caractéristique ne permet de faire de ces différences d'aspect, des différences d'espèces ».

Cliniquement, comme expérimentalement, la question du diabète serait donc encore tout entière à résoudre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 février 1894. — Présidence de M. Besnier

Tumeurs sous-cutanées

M. le Dr Cazal, présente un malade hystérique et neurasthénique, désiquilibré qui est actuellement porteur des nombreuses tumeurs disséminées un peu partout; ces tumeurs peuvent disparaître ainsi qu'on a pu le voir pour celles qui s'étaient produites au niveau du sein; il y en a près du testicule et beaucoup sont sous la peau. Histologiquement on ne trouve qu'un épaississement du tissu conjonctif. Peut-être s'agit-il là d'une forme de mycosis fongoïde. En tout cas, le sang est normal.

M. Besnier fait remarquer que le malade présente une congestion marquée des membres postérieurs et que l'induration et la pigmentation de la peau permettent de penser à la sclérodermie.

Au contraire, M. Du Castel s'appuyant sur certains symptômes, pense qu'il s'agit plutôt de troubles trophiques dépendant d'une lésion médullaire.

Lésions pseudo-syphilitiques

M. A. Fournier présente une petite fille qui porte aux fesses, dans la région périanale une lésion offrant absolument l'aspect d'une syphilide papulo-érosive avec sa forme circinée. L'enquête permit de se convaincre que ni les parents, ni l'enfant n'avaient jamais présenté de symptômes pouvant être rattachés à la syphilis.

En fait, la lésion avait été causée par la malpropreté sordide dans laquelle vivait l'enfant couverte de vermine, jamais lavée et présentant de plus un écoulement vulvaire.

M. A. Fournier a eu occasion d'observer un cas semblable qui avait donné lieu à une erreur médicale assez grave; il s'agissait d'une accusation d'attentat à la pudeur et un médecin avait donné un certificat attestant que la victime était atteinte d'une lésion syphilitique.

M. Darier a constaté qu'il s'agissait histologiquement, d'une dermite constituée par l'hypertrophie des papilles et du tissu conjonctif sous-jacent infiltrés de cellules embryonnaires.

M. Jacquet rappelle qu'il a décrit avec M. Sevestre des lésions analogues sous le nom de Syphiloïde papuleuse post érosive.

Du prurigo simplex

M. J. Darier félicite M. Brocq d'avoir, dans sa communication de la dernière séance, nettement établi l'existence du type clinique qu'il appelle *prurigo-simplex*, dénomination qui montre bien la place en dermatologie et les affinités de cette affection. Il vient appuyer sa démonstration par des observations cliniques et anatomo-pathologiques.

Le prurigo-simplex (strophulus de Hardy, lichen simple aigu de Vidal) n'est pas rare, il peut apparaître à tout âge, mais il est particulièrement fréquent chez les jeunes enfants de un à cinq ans. Cette fréquence, à l'époque du travail de la dentition, lequel s'accompagne volontiers de troubles digestifs et nerveux, doit être mise en relief; on a voulu voir là un rapport de cause à effet, et de fait ce qu'on appelle vulgairement les feux de dents « ne sont, le plus souvent, que des papules du prurigo simplex ». Les biopsies ont montré des lésions histologiques très caractéristiques; un œdème inflam-

matoire aigu du corps papillaire et de l'épiderme, qui se traduit en clinique par une tache érythémateuse ou urticarienne au sommet de la papule ou une plaque lenticulaire formée de cellules épidermiques colloïdes, et, au-dessous, on observe un processus de vésiculation très net. On a donc bien affaire à une papulo-vésiculette, et cette lésion diffère absolument de celles du lichen plan, du lichen simplex chronique, de l'eczéma papuleux et de la miliaire. Mais l'analogie est complète avec la papule du prurigo de Hébra. On peut même se demander si le prurigo simplex ne serait pas une forme initiale ou atténuée de cette terrible maladie, M. Brocq a cité des formes de passage.

En tout cas, il faut faire ressortir la fréquence du strophulus ou prurigo simplex et la rareté relative du prurigo de Hébra, lequel a une évolution chronique, s'accompagne d'eczématisation et de lichénification diffuse de la peau, et qui est si rebelle au traitement ; cela prouve que le prurigo simplex, quoiqu'il récidive souvent, n'a pas un pronostic mauvais, et qu'il guérit dans la grande majorité des cas.

Dilatation générale congénitale et héréditaire des vaisseaux cutanés (Télangiectasies vaso-motrices)

M. Gastou présente un malade du service de M. Fournier, sur le tégument duquel il existe une dilatation généralisée des vaisseaux cutanés sous forme d'un réseau violacé, lie de vin, à larges mailles, surtout manifeste aux membres inférieurs et rappelant par son aspect les suggilations cadavériques.

Ce réseau a toujours existé aux mains ; il s'est généralisé à la suite d'hémiplégies gauches successives et de symptômes nerveux rappelant la pseudo-paralysie d'origine syphilitique.

Il devient plus coloré par la station debout, la marche et le froid. Le malade a de l'hypérestésie à la piqûre, à la chaleur, surtout à gauche. Les réflexes sont exagérés. Il existe une dilatation variqueuse capillaire au niveau du creux poplité droit, quelques intermittences cardiaques. Les urines sont normales. Une biopsie de la peau, faite au niveau d'un réseau violacé, n'a pas monté d'altérations vasculaires bien nettes ; les vaisseaux n'étaient pas dilatés, il n'existait qu'une légère infiltration embryonnaire de la région papillaire du derme.

La particularité intéressante de cette observation est la présence des mêmes dilatations vasculaires chez la fille du malade : dilatations siégeant aux mains et aux avant-bras et tendant également à se généraliser. Le malade et sa fille ont les cheveux rouges et la peau fortement colorée.

L'absence de lésions cardiaques et rénales, la constatation de troubles sensitifs, l'examen biopsique négatif peuvent faire supposer qu'il s'agit de *télangiectasies vaso-motrices*, dues à une prédisposition congénitale et héréditaire, et en rapport peut-être avec la coloration rouge des cheveux et de la peau.

Scrofulo-tuberculose cutanée

M. Louis Vickam présente un cas de tuberculose de la peau dans lequel on trouve diverses variétés de lésions de la peau tuberculeuse, depuis les nodules lupiques primitifs jusqu'aux gommes scrofulo-tuberculeuses. Cette observation est donc un bel exemple de démonstration par la clinique de la nature tuberculeuse du lupus. La malade présentait même des lésions de tuberculose osseuse avec carie des plus nette. Ces faits sont bien connus de nos jours. L'intérêt de l'observation porte aussi sur un autre point. On constate au pied gauche un épaississement de tous les tissus, véritable éléphantiasis, au niveau duquel en dehors de quelques lésions de tuberculose cutanée, on constate huit productions papillomateuses, masses framboisioïdes de la grosseur d'un œuf de poule,

Le pied est donc extrêmement volumineux et déformé. Cet état éléphantiasique s'est établi peu à peu à la suite de lymphangite à répétition du pied et de la jambe, ayant eu comme point de départ des érosions tuberculeuses de la peau.

Ces diverses lésions ont débuté il y a vingt-quatre ans par une infection locale au troisième orteil et se sont propagées avec une extrême lenteur de bas en haut. La malade offre un bon état général.

Sur un eczéma végétant à progression excentrique

M. Hallopeau. — Ce travail peut être résumé ainsi qu'il suit : 1° l'eczéma séborrhéique peut se compliquer d'une dermite tuberculeuse et végétante; 2° la lésion initiale des plaques d'eczéma séborrhéique peut être une vésicule, une pustule ou simplement un soulèvement épidermique sans exsudation ; 3° ces plaques d'eczéma s'accroissent par l'extension progressive de ce soulèvement épidermique; 4° on peut observer chez le même sujet en différentes régions, des plaques sèches, des plaques pustuleuses et des plaques végétantes ; 5° la plus grande partie du cuir chevelu peut être envahie par cette dermite végétante, il en resulte une alopécie ; 6° selon toute vraisemblance, ces lésions à progression excentrique sont provoquées, conformément à l'opinion d'Unna, par le développement d'un microbe encore indéterminé ; les différences si considérables que représentent les éruptions dans leurs localisations céphaliques, thoraciques et inguino-scrotales peuvent s'expliquer, soit par la différence des milieux que les téguments de ces régions constituent pour l'agent pathogène, soit par la diversité de leur mode de réaction.

Sur un cas de dermatite bulleuse localisée consécutive à une sclérodermie.

M. Hallopeau. — Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° une éruption bulleuse peut être provoquée par une sclérodermie et un traumatisme intercurrent; 2° cette éruption reste circonscrite à la région occupée par la sclérodermie et à son voisinage ; 3° elle est comparable à celle que peut déterminer une cicatrice ancienne en voie de progression ; 4° elle en diffère cependant en ce qu'elle ne se produit que passagèrement et qu'elle disparaît au bout de quelques semaines, en même temps, sans doute, que les perturbations apportées par le traumatisme dans l'innervation trophique de la région sclérosée; 5° la cause prochaine de ces éruptions semble être, en effet, la compression ou l'irritation des nerfs qui président à la nutrition de la région sclérosée sous l'influence combinée de la rétraction conjonctive et du traumatisme intercurrent.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Traitement de l'asthme

1° Traitement de l'accès

Dès le début, essayer de faire avorter l'accès par des badigeonnages des fosses nasales avec la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne...	1 gramme
Eau	20 —

On doit employer un pinceau fin et il faut aller aussi profondément que possible, ce que seul le médecin peut faire. De plus, il peut se produire des phénomènes d'intoxication.

L'accès est déclaré ; alors le traitement classique consiste surtout dans les fumigations

avec les feuilles sèches de solanées vireuses qui forment la base des cigarettes Espic et Levasseur. On peut aussi, à l'exemple de M. Dieulafoy, faire fumer une grosse pipe bourrée avec des couches alternatives de datura et de papier nitré. Les malades doivent toujours respirer longuement la fumée Comme adjurants : bains de pieds chauds, sinapismes.

Dans les cas simples, ce traitement suffit ; si la suffocation est considérable, une injection de morphine en vient rapidement à bout. Malheureusement, si les accès sont fréquents, il faut rapidement augmenter les doses et le morphinisme se produit.

Da Costa conseille l'usage de la potion suivante :

Chloroforme	4 grammes
Teinture de cordamome composée	30 —
Sirop d'acacia	4 —
Ether simple	45 —

Prendre une cuillerée toutes les demi-heures jusqu'à soulagement.

Huchard, Le Vaillant, Gouel ont obtenu de bons effets de l'emploi de la Grindela robusta ; au début d'une crise d'asthme on devrait donner 100, 150 et même 200 gouttes par jour ; la crise s'atténuerait et disparaîtrait rapidement.

Les inhalations de pyrèidine, les injections sous-cutanées d'antipyrine ou son administration à l'intérieur, les injections de cocaïne, de pilocarpine, les inhalations d'éther ont été aussi conseillées ; ce sont des moyens habituellement peu actifs, mais ils permettent de varier la médication dans les cas rebelles et parfois on aura avec l'un ou l'autre un succès inattendu.

2° Traitement de la période d'accès

Les accès surviennent souvent par séries. On s'adressera alors aux expectorants et à l'iodure de potassium.

Acétate d'ammoniaque	10 à 20 grammes
Liqueur d'Hoffman	5 grammes
Sirop de sucre	50 —
Hydrolat de cannelle	100 —

Une cuillerée à bouche d'heure en heure (Lemoine).

En même temps donner l'iodure de potassium. Si le malade n'est pas habitué, débuter par 0.25 centigrammes pour aller jusqu'à 2 grammes ; débuter par cette dose si le médicament a déjà été administré à diverses reprises.

3° dans l'intervalle des accès

L'iodure de potassium est le grand médicament. On doit l'employer méthodiquement pendant des années.

On donnera un à deux grammes par jour en suspendant de temps à autre et en ajoutant de l'extrait de belladone en cas d'intolérance gastrique et de l'extrait d'opium en cas de diarrhée. L'arsenic est aussi très employé.

Pratique de Lemoine : Pendant 20 jours par mois, prendre le matin 1 gramme à 1 gr. 1/2 d'iodure de potassium dans un peu de lait au premier repas et au déjeuner 5 gouttes de liqueur de Fowler. Pendant les 10 autres jours du mois, remplacer cette médication par de l'eau de Royat, source Saint-Mart, ou de Vichy. Suivre ce traitement pendant plusieurs mois consécutif en modifiant les doses suivant l'état du malade.

Pratique de Dieulafoy : 1° Prendre chaque matin une demi-pilule, puis une pilule de la préparation suivante :

Feuilles de belladone pulvérisées.	ââ 0,20 centigrammes
Extrait de belladone.	

F. S. A. 20 pilules.

2° Administrer avant l'un des repas une cuillerée à la fois de la solution suivante :

Acide arsénieux.	0,05 centigrammes
Eau distillée.	200 grammes.

Revenir à l'iodure pendant 15 jours et continuer pendant plusieurs mois le traitement en alternant l'une et l'autre de ces médications.

Toujours examiner les cavités nasales et le pharynx et traiter les affections de ces régions. Traiter les affections sexuelles.

Eaux minérales : Mont-Dore et la Bourboule.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — La chaire de clinique des maladies du système nerveux de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Institution nationale des sourds-muets. Clinique laryngologique. — M. le docteur Ruault commencera ses conférences cliniques le vendredi 16 février, à trois heures et demie, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure (256, rue Saint-Jacques). — Objet du cours : Maladies du larynx, les lundis et vendredis; thérapeutique des angines aiguës et chroniques, le mercredi.

Le service militaire des étudiants en médecine et le projet Cornil. — Tout ne va pas pour le mieux dans la commission sénatoriale. La proposition de M. Cornil n'est pas adoptée par le ministre de la guerre qui se plaint de la pénurie des effectifs. Il est défavorable à la proposition de M. Cornil : 1° à cause de ses conséquences budgétaires ; 2° et surtout à cause de la diminution des effectifs qui en résulterait pour l'infanterie. On pourrait craindre, en effet, que les autres dispensés de l'article 23 ne réclament les mêmes avantages. A ces objections, M. Cornil a répondu que l'assimilation des étudiants en médecine aux séminaristes était inexacte, les premiers seuls remplissant en temps de guerre les mêmes fonctions que dans la vie civile. Il ne demande pas de les voir servir avec le grade d'officier, mais de les placer, malgré leur titre de docteur, dans les corps de troupe en qualité de soldats durant quelques mois pour achever ensuite leur instruction en qualité d'infirmiers.

Quant à l'objection d'ordre budgétaire elle est purement gratuite, car sa proposition indique nettement que les jeunes docteurs accompliront leur année de service d'abord comme simples soldats, puis, s'il y a lieu, comme sous-officiers, après quelques mois de présence sous les drapeaux. En évaluant le surcroît de dépense que nécessiterait leur solde de sous-officiers à 200,000 francs par an, on est dans la vérité.

MM. Lourties, Léon Labbé, Berthelot, Billot prennent ensuite la parole, et le président, devant la diversité des vues, propose à la commission de statuer sur la demande d'ajournement. M. Lourties, a son tour, demande que la commission veuille bien surseoir à statuer en attendant qu'elle sache si M. le Ministre est décidé à traiter la question dans son ensemble, car la collaboration de l'administration est indispensable dans l'élaboration d'un projet de réorganisation complète du service de santé.

Cette motion est adoptée et la commission décide que MM. Lourties, Cornil et Labbé feront une démarche personnelle auprès de M. le Ministre de la guerre pour s'entendre avec lui à cet égard.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

BULLETIN

S'il fallait une preuve de la facilité avec laquelle on obtiendrait si on le voulait du corps des hôpitaux, l'exactitude dans l'accomplissement du service hospitalier, et cela sans mesures nouvelles, il n'y aurait qu'à constater les efforts déjà faits par les médecins et chirurgiens pour remédier à « cette inexactitude légendaire » de certains chefs de service dont M. Strauss a cité « des exemples heureusement très rares » au Conseil de surveillance.

Mercredi prochain, en effet, la Société des chirurgiens des hôpitaux se réunit pour la constitution d'un *Conseil de famille*, analogue à celui que possède la Société médicale des hôpitaux. Déjà une commission a été nommée qui est chargée d'établir un premier projet. On ne peut qu'applaudir à cette création qui garantira les intérêts de tous.

Nous ne voulons pas discuter ici quels sont exactement les droits, les rapports de ce Conseil de famille avec l'administration de l'Assistance publique, toutes questions dont on ne pourra parler que plus tard, quand, les premières bases posées, on sera en mesure de se rendre compte de ce qu'on doit et de ce qu'on peut faire ; mais, dès maintenant, on peut prévoir l'utilité de cet intermédiaire entre les chirurgiens des hôpitaux et l'Administration.

Que se passe-t-il en effet à l'heure actuelle ? Un médecin est inexact à son service ; l'Administration s'en émeut ; que fait-elle ? Elle écrit une circulaire qu'elle expédie dans tous les hôpitaux et le résultat produit est le suivant : Elle est lue par les collègues, qui étant des modèles d'exactitude, sont certains de la recevoir, ce qui est loin de leur être agréable et échappe à celui qui seul devrait être visé.

De plus, les listes d'absence dressées par les concierges des hôpitaux sont souvent entachées d'erreurs. Nous avons eu connaissance des noms cités, d'après ces listes, par M. Strauss et il y figure des personnalités qui, de connaissance notoire, font admirablement leur service. Il ne faut pas s'en étonner. Le médecin ou chirurgien peut être en congé régulier, le fameux pipelet n'est pas averti et il marque toujours ! ce même portier peut ne pas être en sa loge au moment où passe tel ou tel docteur ; il est à s'occuper de ses petites affaires dans l'intérieur de l'hôpital, à distribuer les lettres aux malades par exemple, et il ne signalera bien entendu jamais les jours ou tel et tel chirurgien vient voir trois fois ses opérés. Comme on le voit, outre ce qu'il y a de choquant dans cette manière de faire, il y a ceci de plus triste encore, c'est qu'à tort, on peut être appelé de but en blanc devant le Conseil de surveillance, sans savoir ce dont il s'agit et sans avoir pris les moyens de se défendre.

Le Conseil de famille parera à tous ces inconvénients en prenant la défense légitime de ses collègues, en recherchant la vérité et en servant d'intermédiaire pour le plus grand bien de tous, entre le corps médical et l'Administration.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

—

Conférence sanitaire internationale

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — Le liquide conservateur des denrées alimentaires ; la combustion spontanée des chiffons gras et les incendies. — Le Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Sceaux. — Les constructions en tôle d'acier.

L'événement le plus important que l'hygiène ait eu à enregistrer depuis quinze jours, c'est la réunion de la conférence sanitaire internationale qui a eu lieu le 7 février au ministère des affaires étrangères, sous la présidence de M. le président du Conseil. Tous les délégués étaient présents, sauf celui du Danemark, qu'une indisposition avait empêché de se rendre à la séance d'ouverture.

Ils sont un peu moins nombreux que dans les conférences précédentes et nous avons remarqué avec quelque étonnement que cette diminution avait surtout porté sur le nombre des médecins qui en font partie. Il est étrange, en effet, que dans les conférences sanitaires qui se succèdent depuis quarante ans, l'importance numérique de l'élément médical diminue à mesure que sa prépondérance réelle et que sa supériorité scientifique s'affirment davantage. Le corps diplomatique serait-il jaloux de ses prérogatives? Trouve-t-il, comme certain jeune ministre, dont le court passage aux affaires n'a pas été sans éclat, que les médecins deviennent trop encombrants ? C'est un problème que je ne chercherai pas à résoudre et, d'ailleurs, la distinction, le savoir et l'expérience des confrères sur lesquels le choix des différents Etats s'est porté, compenseront, et au delà, leur petit nombre.

M. Casimir-Périer leur a souhaité la bienvenue dans un discours qui a été l'objet d'éloges mérités. Nous l'avons apprécié comme tout le monde, mais il nous a confirmé dans la pensée que nous exprimions tout à l'heure. Le président du Conseil était évidemment convaincu qu'il parlait devant des diplomates; s'il avait cru s'adresser à des médecins, il n'aurait assurément pas pris la peine de leur rappeler *que la sympathie pour ceux qui souffrent, la bienveillance individuelle, la solidarité internationale, la générosité et l'équité devront trouver place dans leurs délibérations.* » Lorsqu'on sacrifie ses intérêts, son bonheur et parfois sa vie à tous ceux qui souffrent sans distinction ni de nationalité ni de fortune, on n'a pas besoin qu'on vous rappelle à l'accomplissement de dévoirs auxquels on a consacré son existence. Lorsqu'on a poussé jusqu'à l'extrême limite de la prudence le désir de la conciliation et le respect des intérets commerciaux comme l'ont fait les médecins français dans les dernières conférences sanitaires, on a suffisamment prouvé son culte pour l'équité et la solidarité internationales; mais, je le répète, le président du Conseil ne s'adressait pas aux médecins présents et ils ont bien fait de ne pas prendre cela pour eux.

Le comte de Kuesstein, premier délégué d'Autriche-Hongrie, a répondu au ministre dans de fort bons termes et la conférence a constitué son bureau

M. Barrère, ministre de France à Munich, a été nommé président en sa qualité de premier délégué de la nation d'où l'invitation émanait. C'est une heureuse circonstance pour les opinions que la France défend. M. Barrère a été longtemps consul général de France en Egypte ; il est parfaitement au courant des questions sanitaires et sa compétence, à ce sujet, n'a pas peu

contribué au succès que nous avons remporté à la conférence de Venise. Les autres délégués français ont également fait leurs preuves et c'est l'un d'eux, M. Proust, qui, le bureau une fois constitué, a fait l'historique et l'exposé de la question. Après une courte discussion, la conférence s'est ajournée au mardi suivant.

Elle s'est réunie de nouveau le 13, et elle a nommé deux commissions techniques pour s'occuper des deux points qu'elle est appelée à traiter. Nous ne connaîtrons le résultat de ses délibérations que lorsque son œuvre sera terminée, parce que ses membres se sont engagés à garder le secret ; mais en attendant, il est bon de faire connaître le terrain sur lequel elle va se mouvoir et les questions qui seront soumises à ses débats.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'historique des six conférences sanitaires qui se sont réunies en Europe, depuis 1851; nous nous bornerons à rappeler que les règles générales de la police sanitaire et du droit international ont été posées à Rome en 1885 et que les délégués français, dont j'avais l'honneur de faire partie, sont parvenus à y faire prévaloir les doctrines qui ont cours aujourd'hui, malgré les résistances opiniâtres qu'ils ont au début rencontrées. Les propositions de la Commission technique basées sur nos conclusions ne furent pas, comme on le sait, sanctionnées par la diplomatie : elles sont restées à l'état de lettre morte jusqu'en 1892, époque à laquelle elles ont été reprises à la Conférence de Venise. Cette fois elles ont abouti à une convention au bas de laquelle tous les Etats représentés à la Conférence ont apposé leur signature et qui a tranché la question si litigieuse du canal de Suez et des mesures à prendre pour les navires qui le traversent en venant de l'Inde.

La conférence qui s'est réunie à Dresde en 1893 et dont les décisions ont été ratifiées par la convention du 15 avril de cette même année, a surtout porté sur la constatation des épidémies, l'obligation pour les différentes puissances de s'informer réciproquement de l'invasion de leur territoire, sur le régime spécial des zones frontières et sur les mesures à prendre à Soulnia pour les navires remontant le Danube.

Il reste encore deux points importants à régler, la Conférence actuellement assemblée à Paris s'en occupe et tout porte à croire qu'elle s'entendra facilement sur des questions qui ne semblent pas devoir soulever de difficultés nouvelles et sur des mesures qui ne sont que le complément de celles qui sont déjà en vigueur.

La première de ces deux questions est relative à la *prophylaxie du pèlerinage de la Mecque.* Nous nous expliquerons un jour sur ce pèlerinage qui fait courir chaque année à l'Europe de si formidables dangers ; mais tant qu'on laissera les musulmans se réunir à la Mecque au nombre de 250,000 comme ils l'ont fait l'an dernier et y créer le plus formidable foyer épidémique qui se puisse concevoir, il faudra prendre contre ces redoutables voyageurs des précautions spéciales. Celles qui s'imposent et qui vont être très vraisemblablement soumises à la conférence sont 1° La surveillance et l'inspection des navires servant au transport des pèlerins dans tous les postes d'où ils partent.

2° La visite sanitaire de ces navires après leur entrée dans la mer Rouge au lazaret de Camaran, qui sera agrandi et aménagé en conséquence.

3° Enfin, une inspection plus sévère encore aura lieu après le pèlerinage.

Les navires ramenant les Hadjes, seront sévèrement examinés à Djebel-Tor. Un grand établissement sanitaire doit être formé et les navires infestés par le choléra y seront retenus le temps nécessaire.

Le second point à régler, c'est *la défense du golfe Persique*. Jusqu'ici toute l'attention s'est concentrée sur la mer Rouge et on ne s'est pas occupé de ce second diverticulum de l'océan Indien. Les navires traversent sans surveillance le détroit d'Ormuz et arrivent librement à Bassora. Ceux qui viennent de l'Inde peuvent importer le choléra dans cette dernière ville et, de là, il peut gagner, par la Mésopotamie, les bords de la Méditerranée, de la mer Noire et de la mer Caspienne. Pour écarter ce péril, il faut établir dans le golfe Persique une station sanitaire semblable à celle de Camaran et le point qui semble le mieux choisi est Fao sur la rive occidentale du golfe.

Tels sont, si nous sommes bien informés, les questions que la conférence aura à traiter ; nous rendrons compte plus tard de la façon dont elle les aura résolues.

Le bulletin municipal officiel qui doit reproduire les procès-verbaux du Conseil d'hygiène et de la salubrité du département de la Seine, s'acquitte depuis quelque temps de ce devoir avec une regrettable négligence, malgré les réclamations du Conseil. C'est ainsi qu'il vient de publier les comptes rendus des séances du 8 décembre et du 5 janvier (1).

Bien que les communications qui y ont été faites aient perdu leur actualité, par suite de ce retard, il en est d'assez intéressantes pour que nous ne les laissions pas passer sans en dire un mot. Signalons dans le nombre le rapport de M. Riche sur deux produits couramment employés dans le commerce pour la conservation de la viande et des denrées alimentaires.

L'un de ces produits, désigné sous le nom de liquide *conservateur*, est d'une densité de 1095 et renferme, par litre, 99 gr. 20 centigrammes d'acide sulfureux uni à de la chaux. C'est un bisulfite calcique. Le second, appelé *poudre conservatrice*, contient 32 p. 100 d'acide sulfureux à l'état de bisulfite de soude mélangé de sel marin. Les prospectus qui accompagnent ces produits vantent leur innocuité et leur puissance antiseptique

Le Conseil n'a pas été de cet avis et il a adopté à l'unanimité, les conclusions de M. Riche que je n'hésite pas à reproduire parce qu'elles posent bien nettement les principes qui doivent servir de base à l'hygiène alimentaire.

« A mon avis, dit-il, on ne devrait changer, modifier aucun produit naturel employé dans l'alimentation ; mais, s'il en est un auquel il est défendu de toucher, c'est assurément la viande, l'aliment par excellence de l'homme. L'addition de l'acide sulfureux ou des sulfites aura un double résultat : elle permettra de mettre en vente des viandes ayant subi une altération plus ou moins forte, qui auraient été exclues du marché parce que l'acheteur eût reconnu qu'elles étaient gâtées et ne constituaient plus de la viande fraîche ; elle rendra marchandes des viandes dont les éléments organiques, plus ou moins modifiés, n'ont peut-être plus, par suite de ces modifications,

(1) Bulletin municipal officiel. Numéros des 10 et 11 février 1894.

la valeur nutritive de ces éléments à l'état naturel. Ces viandes renfermeront des éléments inorganiques qui n'étaient pas dans la substance fraîche, du sulfate de soude ou de chaux, et il n'est pas impossible, aujourd'hui que l'acide sulfurique industriel est fabriqué avec des pyrites arsénicales, que les sulfites et les sulfates résultants ne retiennent des traces de composés arsénicaux.

« En conséquence, l'addition des sulfites aux viandes fraîches ne peut avoir qu'une action fâcheuse sur leur nature »

Une seconde question, tout aussi intéressante, mais d'une nature un peu plus délicate, avait été traitée dans l'une des séances précédentes.

On se souvient qu'à la fin de l'année dernière plusieurs incendies ont eu lieu, coup sur coup, dans des ateliers de vernissage, M. Gérardin, inspecteur des établissements classés, avait été conduit, dans son enquête, à les attribuer à la combustion spontanée des chiffons gras, des tampons de vernissages abandonnés dans des recoins, au milieu d'un air confiné et sous une température élevée. Il proposait d'adresser une instruction aux industriels pour leur signaler le danger des huiles riches en oléine et des vernis très oxydables. M. Jungfleisch, chargé par le préfet de police de l'étude de la question, en a fait l'objet d'un rapport très étudié dans lequel il établit que la combustion spontanée due à l'oxydation des corps gras riches en certaines oléines est un fait généralement admis aujourd'hui ; mais qu'on n'a pas encore de notions assez positives sur les conditions dans lesquelles ce phénomène se produit pour en faire l'objet d'une instruction qui porterait évidemment la trace des incertitudes qui subsistent encore dans les esprits. Il n'est pas suffisamment prouvé, d'ailleurs, que les incendies survenus dans les ateliers de vernissage aient été le fait d'une combustion spontanée pour que l'instruction proposée ait un caractère d'urgence et l'emploi des produits trop facilement inflammables devient de plus en plus rare, depuis que les *oléonaphtes* se substituent en quantités croissantes aux huiles grasses employées autrefois pour lubrifier les machines. Le Conseil a adopté les conclusions du rapport de M. Jungfleisch.

L'espace nous manque pour donner l'analyse de celui de M. Michel Lévy sur l'installation d'appareils réfrigérants par l'ammoniaque, dans le sous-sol du *Palais de glace*. Les précautions qu'il a imposées aux constructeurs ont retardé de quelques jours l'ouverture de l'établissement ; mais elle ont conjuré le danger très relle d'explosion que faisaient courir les dispositions primitivement adoptées

Ajoutons, enfin, pour en finir avec les révélations trop tardives du *Bulletin municipal officiel*, que le conseil d'hygiène de l'arrondissement de Sceaux réclame contre l'établissement des hôpitaux de contagieux que la ville de Paris veut construire dans la banlieue. Il demande également qu'on interdise de récolter de la glace sur les bords de la Seine, en aval de Paris, et sur ceux de la Marne et de la Bièvre. Ce dernier vœu nous paraît absolument fondé, le degré d'infection de ces rivières les met assurément sur la même ligne que les étangs dont la glace a été rejetée de la consommation, sur l'avis du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine (1).

(1) Voyez l'*Union médicale* du 2 février 1893, nº 14, p. 157 : La récolte de la glace à Paris.

L'article sur les habitations métalliques introduit dans la chronique d'hygiène du 23 janvier nous a valu la réclamation d'un médecin belge, le docteur Jules Félix. Nous avions attribué à la Compagnie des mines de Lens (Pas-de-Calais), la première application de la tôle d'acier à la construction des murs des habitations ; le docteur Jules Félix en revendique la propriété : « L'invention, nous écrit-il, et les dispositions spéciales concer-« nant le chauffage, et ventilation des *constructions métalliques en tôles* « *d'acier galvanisées et embouties à doubles parois, et avec matelas d'air,* « m'appartiennent. Je suis le premier qui ait préconisé les avantanges et « donné le plan de ces constructions en 1884, dans une brochure intulée la « *Question des hôpitaux* et dans une notice postérieure. Nous avons exposé, « M. Danly et moi, un hôpital complet, construit d'après ces principes, à « l'Exposition d'Anvers, en 1885. » Le docteur Félix a joint à sa lettre un exemplaire de la notice indiquée ci-dessus et le plan d'un hôpital de vingt lits dont les murs sont en tôle d'acier emboutie avec double paroi. Je me garderais bien de trancher une question de priorité qui n'est pas de ma compétence, mais je m'empresse de reproduire la communication de M. le docteur Félix dont l'intérêt me paraît incontestable.

Jules ROCHARD

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 février 1894. — Présidence de M. FERRAND.

Orchite ourlienne

M. CATRIN (Val-de-Grâce) lit un travail sur ce sujet, basé sur 159 cas d'oreillons qu'il a observés en 1892-93. En voici les conclusions :

1° Dans les complications testiculaires ourliennes, il faut soigneusemeut distinguer l'orchite ourlienne de la fluxion testiculaire ; celle-ci n'est jamais grave et ne se termine jamais par l'atrophie ;

2° La proportion des orchites que nous avons observées est de une sur trois;

3° L'orchite apparaît le plus souvent du quatrième au huitième jour après le début des oreillons, mais elle peut se montrer plus tardivement ;

4° Il n'y a aucune constance dans la correspondance ou le croisement de l'oreillon avec l'orchite, aucune relation entre l'oreillon simple et l'orchite simple, entre l'oreillon double et l'orchite double ;

5° Les orchites précédant les oreillons sont très rares, exceptionnelles même ;

6° L'orchite ourlienne s'accompagne presque toujours de fièvre. Cette fièvre dure en moyenne trois ou quatre jours ;

7° Il y a plus de chances d'orchites dans les oreillons à début grave, surtout s'il existe en même temps des douleurs persistantes dans un ou les deux testicules ;

8° Dans l'orchite ourlienne, le processus débute par l'épididyme ; celui-ci est toujours atteint. Il peut même être seul envahi par le processus ;

9° La véritable prophylaxie de l'orchite ourlienne repose tout entière dans le repos absolu dès l'apparition des premiers symptômes et dans l'abstention de tout exercice violent longtemps après la guérison apparente de l'affection ourlienne ;

10° L'atrophie testiculaire consécutive à l'orchite ourlienne nous a semblé plus rare qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent. Dans un certain nombre de cas, le testicule, après une période plus ou moins prolongée d'atrophie et de perte de consistance, reprend son volume normal et sa consistance habituelle ;

11° L'examen du sperme dans un cas d'atrophie double a permis de constater la diminution du nombre des spermatozoïdes dans la liqueur séminale ;

12° Il semble que l'atrophie testiculaire s'accompagne de la perte du réflexe crémastérien.

Variole et vaccine.

M. Hervieux. — On sait que M. Chauveau a démontré que les deux virus vaccinal et variolique constituent deux espèces absolument distinctes. D'autre part, M. Fischer, directeur de l'Institut vaccinale de Carslruhe affirme que le virus variolique, recueilli sur une pustule arrivée à la période de suppuration et inoculé par scarification à un sujet de l'espèce bovine, donne lieu à des boutons offrant tous les caractères du bouton vaccinale classique ; en outre, que la lymphe prise sur ces boutons et cultivée par passage à travers trois générations de génisses produirait, sur les sujets de l'espèce humaine, une éruption vaccinale localisée type.

M. Juhel-Renoy, de son côté, en se plaçant dans les mêmes conditions que Fischer, n'a pu obtenir un résultat semblable et s'est prononcé, dans la dernière séance, pour la dualité des deux virus.

M. Lop, il est vrai, a inoculé 110 enfants et 80 femmes avec le variolo-vaccin et l'état général est resté excellent et il n'y a eu aucune éruption généralisée. Mais M. Lop n'a fait aucune expérience sur les animaux et, d'autre part, le variolo-vaccin lui avait été offert par M. Fischer.

Au point de vue clinique, il est superflu de rappeler les différences si nombreuses et si importantes qui séparent la variole de la vaccine. La variolisation, qui est pratiquée depuis un temps immémorial dans certaines contrées de l'Afrique, fournit une autre preuve : le virus variolique n'a jamais produit que la variole.

M. Fischer affirme que son virus vaccino-variolique, inoculé à des milliers de personnes, a constamment donné les mêmes résultats sans avoir provoqué aucun accident. Mais il est probable que ce virus n'était autre chose que du vaccin ou du virus variolique atténué. Dans ce dernier cas, il pourrait ou bien perdre, par une atténuation excessive, toutes ses propriétés préservatrices, ou bien recouvrer, pour une cause quelconque, toute sa virulence et provoquer des accidents graves.

Le virus charbonneux ne se comporte pas autrement, et il en est de même de tous les virus atténués.

Est-ce ainsi que se comporte le virus vaccinal ? Est-il jamais sujet à des variations, aussi bien dans ses manifestations locales que dans sa puissance préservatrice ?

Si donc le virus de M. Fischer n'est qu'un virus variolique atténué, il est dangereux, tout d'abord parce qu'il peut donner lieu à une variole plus ou moins grave chez les sujets inoculés ; de plus les sujets ainsi variolisés peuvent servir de point de départ à une endémie ou une épidémie variolique ; enfin, parce que, quand il est très atténué, il ne confère pas l'immunité

Entre deux virus, l'un issu du cowpox, l'autre de la variole, l'un dont la bénignité est établie par une expérience séculaire, l'autre dont la bénignité est plus que suspecte, puisqu'il a occasionné la mort entre les mains de Depaul et de Chauveau, l'un dont le pouvoir préservateur est à l'abri de toute discussion, l'autre dont l'efficacité à ce point de vue est au moins problématique (puisque la bénignité ne s'obtient qu'à la condition de compromettre la vertu préservatrice), entre ces deux virus, l'hésitation

n'est pas possible ; on préférera toujours le virus vaccinal. Les expériences de M. Fischer n'ont produit que ceci : l'atténuation d'un virus.

M. Chantemesse. Les expériences de MM. Juhel-Renoy et Dupuy ne sont pas assez nombreuses pour démontrer d'une façon définitive que la variole ne peut pas se cultiver en série sur les génisses. Il faudrait peut-être faire ces expériences sur la même race d'animaux qui ont donné à Fischer des résultats positifs.

M. Antony (Val-de-Grâce) pense aussi que le nombre des animaux inoculés par MM. Juhel-Renoy et Dupuy est insuffisant et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour établir définitivement la dualité des deux virus.

Myxœdème fruste. — Toxicité du liquide thyroïdien

MM. Chantemesse et René Marie présentent une femme de 74 ans atteinte, depuis la ménopause, de symptômes de myxœdème fruste. Actuellement elle offre, à la face, au cou, aux régions sus-claviculaires, des signes de tuméfaction cutanée, d'épaississement du tissu cellulaire ; l'intelligence est obscure, le caractère bizarre ; les sourcils sont rares, la calvitie est complète dans les régions sous-axillaires et incomplète dans la région pubienne ; la température est inférieure à la normale. La palpation de la région du cou ne permet pas de reconnaître trace de la présence du corps thyroïde.

Les injections de suc thyroïdien ont amené une amélioration notable, mais les doses un peu trop fortes occasionnaient des vertiges et un très grand malaise.

Ces accidents, que l'on peut rapprocher de ceux qu'ont déjà signalés un grand nombre d'auteurs, sont dus évidemment à la toxicité du suc thyroïdien. Un mouton normal, soumis pendant plusieurs mois aux injections de suc thyroïdien, présentait, lorsque les doses étaient un peu fortes, une élévation notable de la température. En même temps, il était devenu très irritable, et avait maigri sans présenter d'albuminurie Ces symptômes disparurent quand on cessa les injections de suc thyroïdien.

MÉDECINE NAVALE

—

L'approvisionnement pharmaceutique des navires de guerre

Dans le numéro des *Archives de médecine navale* du mois de décembre 1892, le docteur Gazeau publiait un intéressant travail sur le système en vigueur dans notre marine pour l'approvisionnement médical des bâtiments de guerre. Après en avoir fait la critique, hélas ! trop facile, il exposait un projet de réforme dont l'idée lui avait été suggérée par l'étude de ce qui se fait dans d'autres marines et particulièrement chez les Anglais. La comparaison des deux *modus faciendi* n'est certes pas à notre avantage et il y a loin du procédé simple, facile, rapide, éminemment rapide en usage de l'autre côté de la Manche, à la méthode de Bachi-Bouzouks que nous employons encore. Un résumé du travail de Gazeau, qui vient de paraître dans le *Bulletin médical*, sous la signature d'un médecin militaire, le docteur Noël, met vivement en lumière ce contraste qu'il ne sera pas sans intérêt de faire ressortir ici, une fois de plus.

I

Nos bâtiments de guerre sont divisés, au point de vue qui nous occupe, en cinq catégories basées sur le chiffre de leurs équipages, depuis moins de 51 hommes jusqu'à plus de 500 hommes. Chacune de ces catégories se subdivise en deux classes, suivant que le navire considéré est en service sur les côtes de France ou fait une campagne lointaine. Enfin deux autres divisions comprennent : l'une, les bâtiments écoles ; l'autre, les bâti-

ments en essais. A chacune de ces douze séries de bâtiments correspondent des quantités différentes d'approvisionnements, ce qui exige, pour loger les 92 substances médicamenteuses (1) dont se composent les pharmacies de bord, une étonnante variété dans le volume des récipients. Cette variété s'accentue encore de ce fait que les modèles des récipients ne sont point les mêmes dans tous les ports et peuvent être différents dans un même port, pour deux délivrances successives.

Il en résulte ce premier inconvénient, c'est que sur un même navire, à chaque armement, il faut modifier de fond en comble la disposition des armoires de l'infirmerie, les étagères à compartiments qui ont servi une première fois, étant devenues inutilisables. Ce travail ne demande guère moins de quatre à cinq jours.

Un ennui beaucoup plus grave provient de l'impossibilité où se trouvent les magasins des pharmacies centrales des arsenaux de préparer à l'avance le matériel d'approvisionnement, puisqu'il diffère pour chaque bâtiment selon sa destination, côtes de France ou campagne, et que cette destination n'est connue qu'au moment même de l'entrée en armement. Or, la préparation du matériel pharmaceutique à partir du moment où le médecin a présenté au magasin sa feuille d'armement, n'exige pas, aujourd'hui, avec la nouvelle feuille dont la mise en vigueur date de dix-huit mois environ, moins de cinq et six jours (2). Il y a là un danger dont la gravité saute aux yeux et qu'il faut tout faire pour conjurer. En comparaison de ce péril, les étranges moyens qu'on emploie pour l'embarquement du matériel, ces grandes mannes d'osier où des flacons et des pots de toutes formes et de toutes grandeurs, calés par du varech, des paquets de compresses ou de bandes, par des ballots de linge, s'en vont cahotés dans un chariot à bras sur le rude pavé des arsenaux, échauffés par le soleil du midi, tout humides de la brume du nord, exposés aux souillures, aux poussières, et, dans les canots, aux embruns, tout ce primitif et rustique appareil de transport ne prête plus qu'à rire.

II

Les Anglais font tout autrement. Les médicaments destinés à leurs bâtiments de guerre sont contenus dans des coffres de trois grandeurs différentes, véritables cantines médicales calculées de façon que chacun des modèles contienne les quantités de substances nécessaires pour une année, à des effectifs de 50, de 150 et de 300 hommes. Le coffre correspondant à un équipage de 50 hommes représente l'unité de délivrance qui est triplée et sextuplée pour les deux autres modèles de coffres. Les navires dont l'effectif est au-dessous de 50 hommes reçoivent le coffre n° 3 qui correspond à ce chiffre. Ceux à effectif plus élevé reçoivent deux coffres dont les numéros sont combinés de manière à être exactement en rapport avec l'équipage. Il est rare qu'on ait à delivrer trois coffres au même bâtiment.

Quelle que soit la destination du bâteau, quel que soit son type, c'est, invariablement, l'un ou l'autre, ou plusieurs de ces trois coffres toujours identiques à eux-mêmes, qui lui sont délivrés. Leur composition ne change pas, ils peuvent, en tout temps, être préparés à l'avance. Au jour de l'armement, il n'y a qu'à les faire prendre en magasin. La durée du trajet à faire entre ce magasin et le bord mesure exactement l'intervalle

(1) Il ne s'agit que des médicaments proprement dits. Les autres objets de matériel (pansements, attelles, gouttières, brocs, bouilloires, etc...) ne sont point compris dans ce chiffre.

(2) Cela tient à l'adoption d'une unité de délivrance pour chaque article de la nomenclature. Car à mesure que l'effectif s'élève, il faut multiplier le nombre des récipients à fournir au bâtiment. Un navire de 400 hommes d'équipage armé pour une campagne d'un an, devrait recevoir désormais 606 (six-cent-six) récipients. On s'explique le temps que demande leur préparation.

qui sépare le moment de la demande de celui où le matériel est embarqué. C'est une question d'heures et non plus une question de jours.

Les rechanges, si lents à opérer dans notre marine, se font, chez les Anglais, grâce à ce système, avec la plus grande rapidité. On rapporte au magasin le coffre incomplet en échange duquel il en est immédiatement remis un autre.

Plus d'arrimage difficile à faire à bord; plus d'armoires à reconstruire sans cesse; plus de place inutilement employée ; et surtout, quand viendrait le combat, plus de ces déménagements interminables de pots et de flacons qu'il faut porter de l'infirmerie dans la cale à grand renfort de personnel et en multipliant les voyages à travers les échelles déjà encombrées de monde, dans cette cohue un peu désordonnée que font les premières minutes d'un branle-bas de combat.

III

Le système anglais n'est peut-être pas encore la perfection. Le docteur Gageau, dans le travail que nous citions en commençant, a proposé d'y apporter quelques changements sans doute avantageux. Ses propositions n'ont pas été considérées comme non avenues. Nous savons pertinemment qu'il en a été tenu compte. Si le service de santé était de ceux dont les défectuosités peuvent émouvoir une commission d'enquête ou un parlement il y aurait, à coup sûr, bien des *desiderata* à formuler à son sujet. Mais comme il n'a trait qu'à la santé et à la vie des hommes, choses qui ne figurent avec un chiffre officiel en regard sur aucune nomenclature, on le traite comme une quantité négligeable. Il serait injuste, toutefois, comme certains journaux l'ont fait, de faire figurer cette question de la délivrance des médicaments parmi celles qui justifieraient aujourd'hui des récriminations ; car on s'est décidé à renoncer à ces vieux errements ou, du moins, à étudier les moyens d'y renoncer. Si nos renseignements sont exacts, une commission aurait été instituée dans ce but. C'est à Toulon qu'elle fonctionnerait, et le docteur Gageau y aurait été adjoint. Il y a lieu de croire que ses travaux aboutiront à l'adoption du coffre à médicaments tel qu'il existe en Angleterre et en Allemagne, avec telles modifications ou améliorations qu'on aura trouvées à y apporter.

En appelant sur ce sujet l'attention du public médical extra-maritime, l'article du docteur Noël aura eu cependant ce résultat de stimuler le zèle et la bonne volonté de la commission. C'est parce que nous le croyons fermement que nous avons voulu joindre, dans ce but, nos efforts aux siens.

COURRIER

— D'accord avec la municipalité, le Comité organisateur de l'Exposition internationale d'hygiène qui s'est tenue au Havre a décidé d'affecter à la création d'un musée d'hygiène 1,800 francs, représentant l'excédant des recettes de l'exposition sur les dépenses

Un certain nombre d'objets exposés cet été ont été offerts par les exposants, et plusieurs de ces derniers ont promis des envois.

Ces dons formeront les premiers éléments du nouveau musée.

— Des décrets modifient les droits à percevoir pour les aspirants au doctorat en médecine, au diplôme de chirurgien-dentiste, au certificat d'études physiques et naturelles et pour les aspirants au diplôme de sages-femmes Nous ne donnons que les tarifs qui intéressent l'étudiant en médecine.

Par décret, en date du 14 février 1894 :

Art. 1er. — Les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine sont fixés ainsi qu'il suit à dater du 1er novembre 1895 :

Seize inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque	520
Travaux pratiques payables par trimestre, quatre années : 1re année, 60 fr.; 2e année, 40 fr.; 3e année, 40 fr.; 4e année, 20 fr.	160
Sept examens ou épreuves à 30 fr.	210
Sept certificats d'aptitude à 25 fr.	175
Thèse	100
Certificat d'aptitude de la thèse	40
Diplôme	100
Total	1.305

Art. 2. — Les droits acquittés par les élèves des Facultés de médecine sont versés au Trésor public. Les droits d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques et d'examens acquittés par les élèves des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires sont versés dans les caisses municipales. Les droits de certificat acquittés par les mêmes élèves sont versés au Trésor.

Art. 3. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Il est fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

— Par décret, en date du 14 février 1894 :

Art. 1er. — Les droits à percevoir des aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles sont fixés ainsi qu'il suit :

Quatre inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque	130
Travaux pratiques, payables par trimestre, une année	90
Examen	30
Certificat	40
Visa du certificat	10
Total	300

Suivent les articles 2 et 3 semblables aux précédents.

Concours du bureau central (Médecine). — Le Jury est ainsi constitué :

MM. Hirtz, Talamon, Faisans, Babinski, Landrieux, Schwartz ont accepté. M. Oulmont n'a pas encore fait connaître sa réponse.

Voici la liste des candidats : MM. Achalme, Aviragnet, Barbier, Baudouin, Beaumé, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bouisson, Boulloche, Bruhl, Capitan, Cayla, Caussade, Charrier, Coffin, Courtois-Suffit, Dalché, Darier, Deschamps, Dubief, Duflocq, Dupré, Dutil, Enriquez, Florand, Gallois, de Gennes, Girode, de Grandmaison, Guinon (G.), Guinon (L.), Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffitte (A.), Laffitte (L.), Launois, Legry, Le Noir, Lesage, Létienne, Lion, Lyon, Macaigne, Martin de Gimard, Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Mosny, Mussy, Parmentier, Pignol, Pilliet, Polguère, Queyrat, Renault, Renou, Ribail, Sallard, Soupault, Souques, Springer, Thiroloix, Thoinot, Tissier, Toupet, Triboulet, Vaquez, Weber, Wurtz.

— Le préfet du Nord vient d'annuler une deuxième fois la délibération du Conseil municipal de Roubaix au sujet de la création d'une pharmacie municipale gratuite. Voici les termes de la lettre du préfet :

« L'ouverture d'une pharmacie municipale affectée au public, ou de tel autre établis-

sement de vente, ne figure pas au nombre des institutions que la loi de 1884 autorise les assemblées communales à créer. Le vote du Conseil municipal est donc en opposition absolue avec le principe de la loi de 1884.

« Je rappelle d'ailleurs qu'en ce qui concerne les secours pharmaceutiques à fournir aux indigents, la loi du 24 vendémiaire an XI a autorisé les bureaux de bienfaisance à y pourvoir dans telles mesures qu'il peut leur paraître bon de le faire.

« M. le Ministre de l'intérieur a approuvé ces considérations et il estime comme moi que les dépenses votées par l'Assemblée communale pour l'exécution de ses votes ne sauraient être considérées comme constituant des services municipaux et que par suite elles ne sont pas susceptibles d être maintenues au budget. »

Le Conseil municipal de Roubaix a maintenu son droit, a confirmé ses délibérations antérieures et a insisté pour qu'elles fussent suivies d'exécution. On dit que M. Jules Guesde, député élu par Roubaix, va faire à ce sujet une interpellation à la Chambre.

— Aux Etats-Unis, l'homœopathie fait florès.

La statistique suivante établit le rapport des médecins homœopathes aux médecins allopathes dans les principales villes de l'Union.

Philadelphie : 340 homœopathes pour 2,380 médecins, soit 14 pour 100. Pittsburg : 54 sur 383, soit 14 pour 100. Minneapolis : 46 sur 328, soit 14 pour 100. Saint-Paul : 26 sur 200, soit 13 pour 100. Detroit : 59 sur 482, soit 12 pour 100. Chicago : 348 sur 2,700, soit 12 pour 100. Cincinnati : 53 sur 723, soit 7 pour 100. Colombus : 20 sur 359, soit 6 pour 100. Indianapolis : 12 sur 320, soit 4 pour 100. Cleveland : 139 sur 627, soit 20 pour 100.

— Le docteur Warren, récemment mort en Amérique, s'était rendu célèbre par une réplique au cours d'un procès, où il avait été cité par la défense dans une affaire d'assassinat. Après l'avoir vivement pressé de questions, le magistrat qui occupait le siège du ministère public lui dit, exaspéré : « Les erreurs des médecins sont généralement enterrées. — Oui, répartit Warren, et les erreurs des magistrats sont souvent « pendues ». (*Mercredi médical*).

Hôpital Necker. — M. le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Necker, commencera le *lundi 19 février, à dix heures,* ses leçons de clinique thérapeutique et les continuera les lundis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre des cours.

Lundi: Leçons de clinique thérapeutique à l'amphithéâtre, à 10 heures. — *Mercredi et samedi*: Conférences de clinique et thérapeutique (salles Delpech et Chauffard), à 9 h. 1/2. — *Jeudi* : Démonstrations et travaux d'anatomie pathologique au laboratoire, à 10 heures. — *Mardi*: Consultation à 10 heures. — *Vendredi* : Consultation (tous les quinze jours). Conférence sur les maladies du cœur à 10 heures.

Conférence d'internat. — MM. Savariaux, Claude, Baudet et Apert, internes des hôpitaux, commenceront leurs conférences d'internat le samedi 17 février, à 2 h. 1/2, à l'Association des Etudiants, 41, rue des Ecoles.

— Les trois Facultés de médecine de Lyon, Montpellier et Nancy viennent de recevoir chacune, comme élève, une jeune femme turque.

Nécrologie. — MM. les docteurs d'Hubert (de Tlemcen); Lombard (de Vanves ; Mesnil) (de Cherbourg) et Vaysse (de Quillan).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

Hôpital de la Charité.— M. Tillaux

Du genu valgum

Leçon clinique recueillie par le Dr Paul Thiéry, chef de clinique.

Je vais faire aujourd'hui une opération intéressante sur un jeune garçon de 17 ans, atteint d'une affection dont on s'occupe surtout depuis une vingtaine d'années : c'est le genu valgum, et celui qu'il présente est unilatéral gauche. Le diagnostic est facile, puisque c'est le *genou en dedans*, et que le sujet est cagneux (cagna, , chien basset).

Le jeune malade a 17 ans ; c'est l'âge du genu valgum, et celui-ci n'apparaît guère comme l'ongle incarné, comme l'exostose sous-unguéale, après l'adolescence.

Tous les auteurs disent qu'on observe beaucoup d'enfants atteints de genu valgum jusqu'à l'âge de 8, 9 et 10 ans ; c'est une erreur : il survient chez eux des déviations rachitiques, mais le genu valgum qui débute entre 13 et 18 ans n'a rien à voir avec les déformations rachitiques des membres. L'hérédité ne joue aucun rôle, notre malade a sept frères et sœurs tous bien portants : il est vigoureux et nullement rachitique.

C'est en janvier 1893 qu'il a commencé à se plaindre de la jambe ; jusque-là il a exercé son métier de maçon ; il y a donc un an environ qu'il a commencé à souffrir ; or, j'insiste sur ce point, la marche du genu valgum est toujours rapide et la déviation s'accuse à vue d'œil.

On a encore incriminé le surmenage, mais il n'y est pour rien et j'ai opéré deux jeunes filles qui, assises, passaient leurs journées à coudre. La profession également incriminée ne paraît pas prédisposer à cette déformation ; j'ai autrefois, avec Duchenne, de Boulogne cru chez un malade à cette pathogénie, mais actuellement je pense que la cause première en es inconnue ; notre malade a bien eu en avril une petite entorse, mais qui ne paraît avoir joué aucun rôle.

Notre garçon présente donc un genu valgum du côté gauche, et son genu valgum est, comme j'ai l'habitude de dire, de 10 centimètres, c'est-à-dire que, placé dans la rectitude et les genoux se touchant, *il persiste un écart de 10 centimètres entre les malléoles* ; dans la station debout l'écart augmente de 2 centimètres.

Le genu valgum disparaît dans la flexion et j'en ai donné dans mon traité d'anatomie une explication géométrique.

En quoi consiste donc la lésion ? Normalement le fémur est tel que le condyle interne descend plus bas que l'externe. Le plateau tibial est absolument horizontal ; pour que la déviation ait lieu, il faut évidemment que le plateau tibial subisse un certain degré d'obliquité en dehors. On peut dire que le genu valgum n'est autre chose que l'exagération de l'attitude physiologique du genou : sous l'influence de modifications qui se produisent au voisinage du genou, le genu valgum se produit.

Ce sont presque toujours de jeunes sujets en voie de développement et surtout d'ossification qui sontatteints de genu valgum. Il n'est pas douteux que la cause première du genu valgum consiste dans une modification de

la nutrition des extrémités osseuses ; il se fait en un point que nous allons fixer un apport de matériaux, et il en résulte chez les uns un accroissement subit, chez les autres une déviation.

Il y a donc lieu de supposer que, sous une influence inconnue, le condyle interne se développe plus rapidement que l'externe. D'autres auteurs ont pensé qu'il y avait au contraire une synostose prématurée de la ligne épiphysaire correspondant au condyle externe.

Une atrophie de la cavité glenoïde externe du tibia aboutirait encore au même résultat.

Enfin, une dernière hypothèse, soutenue je crois par M. Verneuil à la Société de chirurgie, consiste à penser qu'il y a une sorte d'hypertrophie du cartilage épiphysaire de la tubérosité interne du tibia.

En somme, ces divers facteurs peuvent intervenir, et Mickulicz a heureusement divisé le genu valgum en genu valgum d'origine *tibiale* et d'origine *fémorale*.

Les théories basées sur le développement osseux ont définitivement remplacé les théories du relâchement ou de la rétraction des ligaments (Jules Guérin) de la contracture ou de la paralysie des muscles (Duchenne, de Boulogne).

Donc le genu valgum est le résultat d'une exagération de l'attitude physiologique du genou sous l'influence d'un trouble de développement du squelette.

Depuis un petit nombre d'années seulement, nous avons proposé des opérations pour remédier à cette déformation. Il y a quelque vingt ans il ne serait même pas venu à la pensée de faire autre chose que l'application d'appareils plus ou moins compliqués et plus ou moins inutiles. Dans le genu valgum rachitique on peut à la rigueur s'en contenter.

C'est en 1873 et 1874 que Delore, de Lyon, vint à la Société de chirurgie et nous montra dix moulages de genu valgum, redressés par manœuvres manuelles ; il y avait ordinairement décollement épiphysaire, comme il le fit voir sur une pièce anatomique d'un enfant qui avait succombé à la suite d'une fièvre.

En juin 1874, je fis la première opération de redressement forcé d'un genou atteint de genu valgum ; je fis l'ostéoclasie manuelle et je présentai le malade guéri à la Société de chirurgie ; c'est le premier cas de genu valcum de l'adolescence qui fut guéri.

En 1875, Annandale, d'Edimbourg, fit l'ostéotomie ; en 1876, Ogston préconisa l'ostéotomie oblique à la scie du condyle interne ; mais, je le répète, c'est de France qu'est parti le mouvement et on l'a trop oublié.

En 1877, Mac Even conseilla l'ostéotomie *linéaire* du fémur : Mac Cormac, Mickulicz et d'autres firent avec Mac Even un nombre considérable d'opérations.

J'ai été, après Delore, le promoteur de l'ostéoclasie appliquée au redressement du genu valgum : j'employai l'ostéoclasie manuelle. Depuis, on a inventé divers ostéoclastes, ceux de Collin et de Robin. Diverses discussions de priorité se sont élevées à cet égard, mais je crois que l'idée première revient à M. Collin qui conçut l'appareil dès qu'il me vit faire l'ostéoclasie manuelle.

Je pratiquais alors l'ostéoclasie manuelle sauf dans un cas où j'eus une

eschare ; à ce moment je craignais l'insuffisance de l'antisepsie qu'à cette époque nous connaissions mal et je n'osais substituer une fracture ouverte à une fracture sous-cutanée.

Actuellement je ne raisonne plus ainsi : l'ostéotomie n'est pas plus grave que l'ostéoclasie, celle-ci est moins précise et surtout peut produire des lésions juxta articulaires, arrachements ligamenteux par exemple, et j'ai vu des cas où il restait des lésions d'entorse persistantes.

Avec l'ostéotomie rien de pareil n'est à craindre, on sectionne facilement et sûrement, perpendiculairement à l'axe de l'os, en un point précis.

On peut faire porter l'ostéotomie sur le fémur (Mac Even) et sur le tibia (Billroth, Mac Cormac).

Je préfère l'ostéotomie tibiale que j'ai jusqu'à présent pratiquée; j'avoue n'avoir d'ailleurs pas pour cela des raisons indiscutables ; le redressement est absolu et peut être un peu plus complet que dans l'ostéotomie fémorale, il me faut reconnaître que l'ostéotomie du tibia est quelquefois un peu plus difficile à cause de la proximité des vaisseaux et du péroné qu'il peut être utile de sectionner.

Je vais faire à la partie supérieure du tibia, *au-dessous* de l'épiphyse une incision de la peau snr la face interne de l'os, puis, le périoste divisé je prendrai le ciseau et le maillet que je préfère de beaucoup à la scie, et ayant sectionné la plus grande partie de l'épaisseur du tibia, un léger mouvement de bascule fait éclater ce qui reste de l'os. Nous aurons donc fait dans les meilleures conditions antiseptiques une fracture compliquée qui ne saurait avoir de gravité.

La suture de l'os effectuée, la suture cutanée exactement faite, j'applique un appareil à attelles qui mieux que l'appareil plâtré me permet de surveiller l'attitude du membre.

Nota : L'opération faite conformément à ce programme a permis un redressement complet du genu valgum : il y eut un peu de difficulté pour redresser complétement le membre; dans une opération qu'il se propose de pratiquer prochainement, M. le professeur Tillaux fera l'ostéotomie du fémur pour servir de terme de comparaison.

REVUE DE LA PRESSE AMÉRICAINE

CHIRURGIE

La question du *traitement des suppurations pelviennes*, c'est-à-dire des lésions inflammatoires des annexes, puisque ce sont elles qui constituent la presque totalité de ces suppurations vient de donner lieu, en Amérique, à une discussion d'une certaine importance ; après celle à laquelle nous avons assisté ici à la suite du mémoire de M. Segond, lu à la Société de chirurgie, elle offre pour nous une actualité intéressante.

Par une coïncidence heureuse, c'est presque à la même époque que le docteur Polk de New-York, à la New-York Obstetrical society (3 oct. 93), et le docteur Montgomery Baldy, à la Philadelphia Obstetrical society (5 oct. 93) ont lu leurs communications sur l'ablation de l'utérus contre les lésions annexielles, communications qui ont ouvert la discussion aux Etats-Unis sur l'*hystérectomie contre les suppurations pelviennes.*

Nous verrons, toutefois, que ce n'est plus d'hystérectomie vaginale par morcellement qu'il s'agit (le docteur Coe a déjà, il y a quelques mois, qualifié cette façon aveugle d'opérer de « recul de la chirurgie »), le principe seul de l'ablation de l'utérus

reste, la technique opératoire, les indications, la façon d'envisager la chose, en un mot, ont tous autres qu'en France. Nous allons donc analyser brièvement et les mémoires et la discussion qui a suivi leur lecture.

L'opinion de Polk se résume en peu de mots : la chirurgie conservatrice doit être notre but ; nous ne devons pas enlever un ovaire sans y être absolument forcés. « Pour ma part, dit-il, j'aimerais mieux faire le sacrifice de tous les utérus dépourvus de leurs ovaires, que celui d'un seul ovaire capable d'être sauvé par une méthode chirurgicale ou médicale quelconque. » Aussi est-il avant tout nécessaire de pratiquer la laparotomie ; elle seule permet cette chirurgie conservatrice, car elle seule permet de *voir* ce qu'on fait, et voir les lésions est indispensable avant de prendre une détermination quelconque. La position de Treudelenburg est ici d'un grand secours, dit Polk, après tous ceux qui l'ont véritablement essayée ; « c'est une nécessité absolue », dit-il, confirmant absolument ce que disaient MM. Terrier et Hartmann au dernier congrès français de chirurgie.

On peut ainsi conserver les annexes ou une partie des annexes (Polk, conservateur à l'extrême, pratique des résections de l'ovaire et de la trompe), toutes les fois que les lésions le permettent; mais quand ces lésions sont irrémédiables, quand on doit se résigner à la castration, il faut la pratiquer complète, et enlever l'utérus aussi, toujours par l'abdomen, bien entendu, ce qui permet une intervention bien réglée, méthodique, une ligature à ciel ouvert des ligaments larges : on a par ce moyen toute possibilité de voir ce que l'on fait et, par conséquent, d'éclairer tout ce qui est malade et de n'enlever que ce qui est malade. Il y a plusieurs raisons pour enlever la matrice dans ces cas ; elles se ramènent à celle-ci : si l'organe est devenu inutile, absolument inutile à tous les points de vue, il est loin d'être inoffensif et assez souvent, après une castration, l'involution utérine ne se fait pas bien, il persiste des écoulements purulents ou sanguins, ou les deux à la fois, des douleurs lombaires et pelviennes; bref, les mêmes symptômes pénibles qui avaient commandé la première intervention. Que l'on ne vienne pas dire que tout cela cédera à une thérapeutique intra-utérine sagement et patiemment poursuivie ; nul mieux que Polk, le grand propagateur de l'antisepsie utérine contre les métrites (curettage, dilatation, tamponnement iodoformé) n'eût pu le faire, et pourtant tous ses efforts ont parfois échoué tant que l'utérus restait en place, la scène changeant du tout au tout une fois qu'il était enlevé.

Reste une dernière question, celle de la mortalité. Ici, nous ne pouvons faire mieux que de laisser la parole à l'auteur, que nous résumons : « La seule réponse qu'on puisse donner, dit-il, ce sont nos résultats opératoires. Quoique l'opération soit sûrement plus sérieuse que la simple ablation des annexes, les résultats opératoires ont été à peu près aussi bons dans les deux cas. Cela, si je ne me trompe pas, est surtout vrai pour l'hystérectomie vaginale pour salpingite, et je crois que grâce à la position de Trendelenburg on peut dire la même chose de l'hystérectomie sus-pubienne. J'ai opéré sept fois de cette façon et toutes les malades ont guéri. Ma première opération fut pratiquée en janvier 1892 et a été communiquée à cette Société le 16 février 1892 (Voir *New-York journal of gynaecology et obstetrics* 1893, vol. III, nº 5.) Nous pouvons, d'ailleurs, dans une certaine mesure, invoquer ici les résultats que nous donne l'hystérectomie abdominale totale pratiquée pour d'autres causes. En y comprenant 7 cas de prolapsus, 7 pour salpingite, 30 pour fibromes, je l'ai pratiquée 42 fois avec 2 morts seulement ; ces 2 morts eurent lieu parmi les fibromes. Les dangers de l'opération sont donc insuffisants pour contre-indiquer son emploi contre les salpingites habituelles.

On pourrait enfin objecter à l'opération d'enlever au plancher pelvien un de ses prin-

cipaux éléments de solidité. Il n'en est rien et nos autres hystérectomies ont ici toute leur valeur pour prouver le contraire. »

Telle est, aussi brièvement résumée que possible, l'opinion de Polk. Nous analyserons plus loin la discussion qui a suivi cette communication, mais nous voudrions encore, en peu de mots, indiquer les traits essentiels de celle de J.-M. Baldy.

L'auteur commence par laisser entièrement de côté les cas où il n'y a pas de lésions facilement démontrables (ce qu'on appelle en France les grandes névralgie pelviennes) et ne s'occuper que des cas où on a opéré non pour des symptômes, mais bien pour des lésions. « Un trop grand pourcentage de ces cas, dit-il, n'est pas guéri par l'opération de Lawson Tait et la thérapeutique utérine n'a pas plus de succès. Un succès du docteur Baer et les discussions de la Société de chirurgie de Paris m'ont poussé à pratiquer l'hystérectomie dans ces cas. J'ai ainsi enlevé deux fois l'utérus à des femmes à qui on avait antérieurement enlevé les annexes, et six fois j'ai fait l'hystérectomie d'emblée. »

Mais il ne préconise l'ablation de l'utérus que quand cet organe est lui-même assez malade et ne veut pas qu'on la pratique en dehors de ces cas.

Pour ce qui est de la technique opératoire, comme Polk il a opéré par l'abdomen, mais il a fait une amputation sus-vaginale aussi bas que possible, avec pédicule perdu, contrairement au chirurgien de New-York.

Quant à la mortalité, il ne la considère pas comme plus grande que celle de la salpingectomie et termine en disant qu'on ne saurait parler de « mutilations inutiles » puisque l'utérus dépourvu de ses annexes n'a plus aucune fonction à remplir.

Les avis des différents membres des deux Sociétés qui ont entendu ces communications ont été fort partagés, comme on va le voir.

Pour le docteur Janvrin, Polk est beaucoup trop radical ; il n'a jamais vu de troubles utérins persistant après l'ablation des annexes ne pas céder au curettage et il n'admet l'ablation de l'utérus en même temps que des annexes que quand on opère pour une dégénérescence maligne de celles-ci.

Le docteur Clinton Cushing est du même avis. Pour lui, la gravité d'une intervention sera toujours en rapport avec l'étendue de celle-ci.

Le docteur H. Krug, au contraire, est très partisan de l'hystérectomie dans ces cas t il y a été amené par les bons résultats que lui avait donné l'ablation de l'utérus pour fibrome de cet organe ; il a trouvé qu'elle donnait des résultats supérieurs à la salpingectomie et cela sans allonger l'opération de plus de dix minutes.

Pour Palmer Dudley, les lésions utérines qui persistent après la castration ne son nullement incurables ; l'hystérectomie ajoute à la gravité de l'opération qu'on ne saurait comparer à l'hystérectomie pour corps fibreux, cette dernière étant beaucoup plus simple.

Pour C. P. Noble, tout dépend de la façon dont l'ablation des annexes a été pratiquée ; a-t-elle été complètes, les suites sont bonnes. En tous cas, il préférerait enlever l'utérus consécutivement dans les cas où cette ablation serait jugée nécessaire ; il n'est d'ailleurs pas convaincu qu'elle soit aussi facile et rapide qu'on veut bien le dire ; l'hystérectomie demandera au moins un quart d'heure de plus, ne fût-ce que pour les ligatures et la fermeture du péritoine.

Belton Massey est encore plus radical et dit qu'il s'agit là d'une opération barbare et inutile.

D'une façon générale, le docteur Joseph Price est plutôt contre que pour l'opération : dans la plupart des cas, il ne persiste, après l'ablation des annexes, qu'une métrite légère qui ne légitime pas une telle thérapeutique. Il est vrai qu'il y a des cas de suppuration graves pour lequels Tait a depuis longtemps recommandé d'enlever la matrice en même

temps que les annexes ; en tout état de cause, c'est toujours à la voie sus-pulvienne que l'on aura recours, la voie vaginale étant réservée aux épithéliomas où sa mortalité sera presque nulle, — Price, lui-même, n'a eu que trois morts sur cinquante-cinq opérations de ce genre.

Mais les lésions des annexes changent complètement la question de face et c'est leur existence qui constitue le seul argument en faveur de la voie abdominale dans les hystérectomies pour cancer.

Pour revenir à la question en débat, l'auteur croit que les insuccès de l'ablation des annexes tiennent surtout aux trois causes suivantes : opération incomplète, persistance d'adhérences anciennes ou formation d'adhérences nouvelles, névrose. Que pourrait servir d'ôter l'utérus en pareil cas? Pour sa part, Price a toujours pratiqué une deuxième et même au besoin une troisième laparotomie et n'a jamais vu un cas où la persistance des symptômes pût être attribué à la matrice. Il n'a d'ailleurs rencontré ces insuccès post-opératoires que dans 6 à 10 pour 100 environ des cas d'opérations pour lésions suppurées et dans 2 pour 100 au plus pour les cas non suppurés.

Le docteur M. Price n'approuve en aucune façon l'opération dont il s'agit. Les tumeurs de l'utérus seules justifient son ablation. Sur plus de 200 salpingectomies, il n'a pas eu d'insuccès, sauf dans des cas où les adhérences qui remplissaient le petit bassin rendaient le résultat définitif plus que problématique. Ce sont ces cas-là où ces messieurs n'ôtent pas l'utérus. En somme, si de la métrite persiste après l'opération, la thérapeutique intra-utérine suffit à la guérir ; il n'y a pas plus de raison pour enlever la matrice pour des lésions annexielles qu'il n'y en aurait d'enlever un œil pour une ophtalmie granuleuse et le seul fait qu'une femme a un utérus dans le ventre ne nous donne pas le droit d'en faire l'extirpation.

Easterly Ashton condamne absolument l'opération faite *à priori* et ne l'admet que si, après ablation des annexes et échec d'un curettage consécutif, il persiste des lésions profondes des parois musculaires ; dans tout autre cas, ce sera faire de la mauvaise chirurgie que de la pratiquer.

Harris A. Slœum est absolument de l'avis du docteur Baldy : le curettage ne peut atteindre la portion intra-utérine de la trompe de Fallope, qui persiste fatalement après une salpingectomie ; si le muscle utérin est infiltré de pus, l'ablation seule de l'organe pourra amener la guérison. En somme, la castration faite, l'utérus ne sert plus à rien, il ne peut que nuire et c'est une question de mortalité seule qui peut faire rejeter son ablation.

Le docteur Baldy termine la discussion en disant qu'on n'a pas apporté un seul argument contre l'hystérectomie dans les cas auxquels il faisait allusion : suppurations graves avec lésions profondes du muscle utérin et des arguments contre elle devront être cherchés exclusivement dans la mortalité; pour sa part, il ne la croit pas plus grande et il est certain que — en admettant qu'on enlèvera quelques utérus peu malades ou susceptibles de guérir — on donnera néanmoins un plus grand bénéfice et à plus de malades en opérant comme il le conseille. Certaines malades ne guériront pas, quoi qu'on fasse, mais elles seront plus améliorées par l'ablation des annexes et de l'utérus à la fois que par la seule ablation des annexes.

On voit combien les avis divergent et se contredisent : la question n'est que posée et il est impossible encore de prévoir ce qui sortira de ce débat; un fait, pourtant, s'en dégagera, nous l'espérons, d'ici quelque temps : quelle est la valeur de l'hystérectomie en plus de la castration contre les salpingites ? L'hystérectomie vaginale par morcellement, en France, n'a en effet répondu à cette question en aucune façon et ne saurait y

répondre; car, assez souvent, de l'aveu même de ses défenseurs les plus zélés, elle n'est qu'un drainage vaginal, les annexes restant en place.

Et c'est pour cela qu'il nous a paru intéressant de faire connaître à nos lecteurs la phase initiale de l'évolution nouvelle de la thérapeutique chirurgicale qui semble vouloir se dessiner en Amérique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1894. — Présidence de M. Rochard.

M. Hérard offre à l'Académie, de la part de M. le docteur Blache, un livre intitulé : *Clinique et thérapeutique infantiles*. L'auteur n'a pas eu la prétention d'écrire un traité de maladies de l'enfance ; ses visées sont plus modestes. Il se borne à donner des indications thérapeutiques d'une pratique facile et courante. Suivant simplement l'ordre alphabétique, il émet, au début de chaque article, des considérations cliniques et étiologiques susceptibles de modifier les applications thérapeutiques, réservant une place importante aux questions d'hygiène et d'antisepsie préventive qui, plus que jamais, doivent préoccuper le médecin. Ce livre, sorte de *vade-mecum* pratique, sera consulté avec fruit et facilitera aux jeunes confrères l'exercice si délicat et si difficile de la médecine infantil

— M. Pinard lit un rapport sur un travail de M. Houzel (de Boulogne), intitulé :

Grossesse extra-utérine. Variété intra-péritonéale. Laparotomie à dix mois. Enfant mort. Guérison de la mère.

Le succès obtenu par l'auteur vient, une fois de plus, plaider victorieusement en faveur de l'intervention dans les cas de grossesse ectopique. Cependant, M. Pinard ne croit pas que M. Houzel ait eu affaire à une grossesse abdominale primitive. Il est probable que, comme dans un certain nombre d'observations analogues, il y a eu primitivement un sac qui s'est ensuite rompu. Le fœtus n'est ainsi mis à nu dans le péritoine que secondairement.

— M. Pinard lit un second rapport sur une

Observation d'ovariotomie pratiquée dans le cours d'une septicémie puerpérale,

par M. le docteur Le Roy des Barres et suivie de guérison.

Les opérations d'ovariotomie post-partum sont peu nombreuses et, dans un mémoire récent qui renferme le relevé de dix opérations pratiquées pendant les suites de couches, toutes, du reste, suivies de succès, M. Aust. Lawrence s'efforce cependant de démontrer qu'il vaut mieux opérer pendant la grossesse. M. Pinard approuve complètement, pour sa part, la pratique qu'a suivie M. Le Roy des Barres dans le cas dont il a envoyé l'observation.

— M. Hervieux communique à l'Académie un important travail sur l'

Epidémie variolique de Paris

Dans le premier semestre de 1892, les chiffres mensuels de la mortalité de la variole sont représentés par quelques unités. Dans le second semestre apparaissent quelques chiffres plus élevés; mais, malgré cela, les deux semestres réunis ne donnent que 40 décès, 14 pour le premier, 26 pour le second.

C'est donc à la fin de 1892 qu'il faut faire remonter le début de l'épidémie actuelle. Mais c'est surtout dans le cours de 1893 que s'accentue le mouvement épidémique ; le

premier semestre donne 63 décès, les trois premiers mois n'ayant apporté qu'un contingent de 12 décès au chiffre total de 63. Le chiffre total du deuxième semestre s'élève à 184, et en décembre il y a une aggravation subite du nombre des décès et du chiffre hebdomadaire des admissions dans les hôpitaux (entre 60 et 108) aussi bien que des absences pour cause de variole dans les écoles (60 en moyenne).

Il est permis d'espérer que les revaccinations qui se pratiquent partout opposeront une digue sérieuse aux envahissements de l'épidémie.

Actuellement, il existe un service de vaccinations et de revaccinations gratuites *à domicile* et on se rend chaque jour dans les habitations où des cas de variole ont été signalés afin de pratiquer les inoculations vaccinales. De plus, un service externe de vaccinations fonctionne dans les hôpitaux et hospices.

On peut dire que, en chiffres ronds, le nombre total des inoculations faites à cause de l'épidémie actuelle s'élève à 217,000.

Un certain nombre de départements ont été éprouvés par les irradiations épidémiques parties de Paris et peuvent, à leur tour, rallumer, par des irradiations en sens inverse, le foyer central qui sans cela s'éteindrait rapidement.

Vingt et un départements ont subi plus ou moins sérieusement les atteintes du fléau. Ils forment trois groupes principaux constitués, le premier par Paris et la Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne et Yonne; le deuxième, par le Pas-de-Calais, le Nord, l'Aisne, les Ardennes et la Somme ; le troisième, par la Corrèze, la Dordogne, le Lot, le Lot-et-Garonne, la Charente-Inférieure et la Charente.

Paris pour le premier groupe, le Pas-de-Calais pour le deuxième, la Corrèze pour le troisième constituent les foyers principaux où l'épidémie rayonne et se ramifie de proche en proche dans les départements voisins.

Pour ces trois groupes, le développement épidémique, a été à peu de chose près, parallèle à celui de Paris.

Il reste encore deux derniers groupes situés l'un à l'est et l'autre à l'ouest, comprenant le premier, la Haute-Marne, la Haute-Saône et Saône-et-Loire, et le second, la Manche, le Calvados et le Morbihan. Le mouvement épidémique y a été très restreint.

On a émis l'idée que l'épidémie actuelle reconnaissait pour cause une durée insuffisante de la préservation par la vaccine animale. C'est là une simple hypothèse, qui ne doit pas nous faire renoncer aux avantages considérables que présente ce mode de vaccination. Grâce à elle, nous avons cessé d'être hantés par le spectre de la syphilis vaccinale, nous n'avons plus à lutter avec la mauvaise volonté des parents du vaccinifère, avec la résistance de ce dernier ; la vaccination se fait dix fois plus vite et, si la loi sur la vaccine obligatoire était votée, la vaccine animale serait en mesure de satisfaire à toutes les exigences résultant de son application.

Sur quoi se fonde-t-on pour dire que la vaccine animale ne confère qu'une courte immunité? Probablement d'après le temps qui s'est écoulé depuis l'emploi du vaccin de génisse à Paris jusqu'à nos jours. Ce n'est, il est vrai, qu'en 1888 que la vaccine animale fut introduite à l'Académie, mais c'est depuis 1879 que l'Institut Chambon vaccine en ville, dans les hôpitaux, etc. Enfin, l'Institut vaccinal du Val-de-Grâce a été créé en 1883.

Ce n'est donc pas d'hier que date la mise en vigueur de la vaccine animale à Paris. De plus, depuis 10 ans, la vaccine animale est employée dans l'armée et sa puissance préservatrice ne s'est jamais démentie. Enfin, l'Allemagne lui doit la merveilleuse immunité qu'elle possède depuis si longtemps.

La vraie cause de l'épidémie actuelle est l'épidémie anglaise ; nos incessantes relations avec nos voisins d'outre-Manche ont favorisé la transmission du contage vario-

lique. Le développement considérable de l'épidémie dans le Pas-de-Calais autorise cette hypothèse.

Les revaccinations doivent être pratiquées sur une large échelle et le sont en effet. Malheureusement, le service des vaccinations à domicile rencontre quelques résistances qui ont eu leurs conséquences funestes habituelles. Dans les provinces comme à Paris, c'est la force d'inertie qui fait la résistance bien plus que l'intransigeance et une véritable hostilité. La ligue antivaccinale n'a encore fait que peu de recrues, on peut presque dire de victimes, en France.

Des circulaires ministérielles, imposant le certificat de vaccine et la revaccination ont bien pour but de s'opposer au développement du fléau dans les écoles qui sont souvent le point de départ d'épidémies. Malheureusement, ces circulaires restent trop souvent à l'état de lettre morte et, d'autre part, les préfets et les maires n'ont peut-être pas l'autorité suffisante pour exiger le certificat de vaccine ou la revaccination ou plutôt ils négligent de se servir des pouvoirs que leurs donnent les lois existantes sur la salubrité publique.

Dans l'épidémie actuelle, la désinfection et l'isolement, mis en pratique dès le début, ont donné des résultats très satisfaisants ; mais la force primitive d'impulsion était trop grande pour être vaincue par ces deux obstacles.

Du reste, ce qui se passe en Angleterre montre bien que la désinfection et l'isolement ne sont que des auxiliaires de la vaccine et ne peuvent la remplacer. La vaccination obligatoire permettra seule de faire disparaître la variole.

De la mortalité par tuberculose selon les professions, selon l'habitat

Rappelant les recherches de Benoiston (de Châteauneuf), de Lombard (de Genève), de de Neufville (de Francfort-sur-le-Mein), pour déterminer l'influence de diverses professions sur le développement de la phtisie, M. LAGNEAU croit devoir rapprocher de recherches annalogues, plus récemment récueillies par M. Ogle en Angleterre, par M. Kummer en Suisse, à Paris par M. J. Bertillon, deux importants documents qu'il extrait de deux statistiques venant venant d'être publiées : l'*Annuaire statistique italien* et la *Statistique sanitaire des villes de France.*

De la plupart des statistiques relatives à l'influence des professions, il résulte que les décès par phtisie sont nombreux parmi les ouvriers exposés aux poussières minérales, animales et végétales, comme les marbriers, les tailleurs de pierre, les taillandiers, les faiseurs de limes, d'aiguilles, les serruriers, les maçons, les drapiers, les boulangers, etc. En Suisse, les tailleurs de pierre perdent annuellement 10 décédés par phtisie sur 1,000 vivants. En Angleterre, sur 1,000 décès généraux, les drapiers ont 340 décès phtisiques, plus d'un tiers.

Pareillement, la tuberculose sévit cruellement sur les individus qui se tiennent courbés et se livrent à des occupations sédentaires, soit intellectuelles, soit industrielles, mais minutieuses. Telles sont les étudiants, les séminaristes, les clercs d'études, les employés, les écrivains, les imprimeurs, les lithographes, les graveurs, les horlogers, les tailleurs, les cordonniers, etc. Sur 1,000 décès généraux, en Italie, les étudiants et les séminaristes en ont 459 dus à la phtisie, près de moitié. En Angleterre, les imprimeurs en ont 430, et en Italie les typographes en ont encore 347, plus d'un tiers.

Contrairement, ces statistiques s'accordent pour montrer que la phtisie ne se manifeste qu'exceptionnellement chez les personnes ayant une vie active, en plein air, comme les pêcheurs, les fermiers, les ouvriers travaillant dans les champs ou dans les bois. En Suisse, sur 1,000 vivants, les sylviculteurs et les agriculteurs ne perdent annuellement que 1 ou 2 décès phtisiques. En Italie, sur 1,000 décès généraux, les bergers, les agriculteurs n'ont que 44 et 55 décès par phtisie.

En France, la statistique sanitaire, qui actuellement porte sur 662 de nos villes, permet de constater qu'en général, plus les populations sont agglomérées, plus elles sont gravement atteintes par la tuberculose.

Alors qu'annuellement 1,000 habitants de :

95 chefs-lieux de moins de 5,000 âmes ne perdent que 1.81 décédés par affection tuberculeuse,

Ceux de 332 villes de	50,000 à 10,000	âmes en perdent	2.16
— de 127 villes de	10,000 à 20,000	— —	2.71
— de 50 villes de	20,000 à 30,000	— —	2.88
— de 46 villes de	30,000 à 100,000	— —	3.05
— de 11 villes de	100,000 à 430,000	— —	3.63
— de Paris, au nombre de	2,424,705	— —	4.90

Quoique nous ne sachions rien encore de la mortalité phtisique de notre population rurale, il est déja curieux de constater cette progression régulière de la mortalité par tuberculose dans nos villes de plus en plus populeuses.

M. Larrey. — Je profite de l'occasion pour regretter qu'il n'y ait pas à l'Académie une section de statistique médicale qui centraliserait tous les renseignements statistiques épars et innombrables touchant les questions médicales. L'Académie pourrait, par exemple, fonder un prix de statistique.

M. le Président. — Le bureau prend bonne note des observations de M. Larrey et étudiera la question.

— Au cours de la séance, MM. Layet (Bordeaux) et Alison (Baccarat) ont été nommés correspondants nationaux.

COURRIER

COURS ET CONFÉRENCES CLINIQUES DE MM. LES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX DE PARIS

(Année 1893-1894)

Hôtel-Dieu. — MM. Bucquoy : cliniques au lit des malades, vendredi, à 9 heures. Maladies du cœur et des vaisseaux, mercredi à 9 heures. — Lancereaux : clinique au lit des malades, lundi, mercredi, vendredi à 8 h. 1/2. — Cornil : gynécologie, par M. le Dr Bonnaire, lundi, jeudi, vendredi, à 10 heures. — Conférence d'anatomie pathologique, mercredi, samedi, à 10 heures. — Ferrand : leçons cliniques, mardi, samedi, à 9 h. 1/2. — Polaillon : clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.

Pitié. — MM. Albert Robin : Thérapeutique clinique, mercredi, jeudi, à 9 heures. Thérapeutique des maladies de la nutrition, vendredi, à 9 h. 3/4. Conférences cliniques par des candidats au Bureau central, lundi, samedi, à 10 heures. — Josias : conférences cliniques, tous les jours à 9 heures (semestre d'été). — Paul Reclus : interrogatoire au lit des malades, lundi, mercredi, vendredi, dimanche, à 9 heures. Leçons au lit des malades, mardi, samedi à 9 heures. Leçons à l'amphithéâtre, jeudi, à 9 heures.

Charité. — MM. Constantin Paul : conférences sur la thérapeutique clinique (et plus particulièrement sur les maladies du cœur et nerveuses), vendredi, à 9 h. 1/2 (à partir du 1er mai 1894). — Gouraud : clinique médicale, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. — Desprès : Examen et traitement des maladies des femmes, jeudi, à 10 heures. Chirurgie journalière (consultations), mercredi. — Budin : leçons de clinique obstétricale, jeudi, à 10 heures. Cours théorique complet d'accouchement (fait par M. Bonnaire), à partir du 1er février 1894.

Saint-Antoine. — MM. Hanot : clinique médicale, jeudi, à 10 h. 1/2. — Letulle : conférence d'anatomie pathologique pratique, lundi, à 10 h. 1/2. — Blum : clinique chirurgicale, mercredi, à 10 h. 1/2 (semestre d'hiver). — Ballet : maladies nerveuses et mentales, dimanche, à 10 heures (en janvier). — Tapret : clinique médicale, jeudi, à

10 h. 1/2. — Merklen : clinique médicale, lundi, à 10 heures 1/2. — Monod : clinique chirurgicale, mardi, samedi, à 10 h. 1/2 (semestre d'été). — Gaucher : maladies cutanées et syphilitiques, mercredi et samedi, à 10 heures (toute l'année).

Necker. — MM. Rendu : clinique médicale, jeudi, à 10 heures. — Henri Huchard : clinique thérapeutique, lundi, à 10 heures (à partir du 19 février). Conférences cliniques au lit des malades, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. Démonstrations d'anatomie pathologique, jeudi. — Cuffer : pathologie clinique, mercredi à 10 h. 1/2. Leçons au lit des malades, lundi (adultes), vendredi (enfants).

Cochin. — MM. Dujardin-Beaumetz : clinique thérapeutique, tous les jours, à 9 h. 1/2. — Juhel-Renoy : clinique thérapeutique, jeudi, à 9 1/2. — Schwartz : conférences de clinique chirurgicale, mardi et samedi, à 10 h. 1/2. — Quenu : clinique chirurgicale et opérations, tous les jours, à 9 heures.

Beaujon. — MM. Fernet : conférences cliniques, dimanche à 9 h. 1/2. — Rigal : conférences cliniques, mercredi et jeudi, à 9 h. 1/2. — Théophile Anger : clinique chirurgicale, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. Leçons cliniques et opérations de gynécologie, lundi et jeudi à 9 h. 1/2. — Ribemont-Dessaignes : conférences cliniques, tous les jours, à 9 h. 1/2.

Lariboisière. — MM. Duguet : clinique médicale, tous les jours, à 9 heures. — Gérin-Roze : clinique médicale, tous les jours (mercredi excepté), à 9 heures.— Gouguenheim : clinique médicale, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. Maladies du larynx et du nez (leçons théoriques), dimanche, à 9 heures. Consultation des maladies du larynx et du nez, conférences cliniques, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures. — Landrieux : clinique médicale, samedi, à 9 heures. Consultation externe de gynécologie, jeudi, à 9 heures.— Troisier : clinique médicale, tous les jours, à 9 heures. — Dreyfus-Brisac : pathologie clinique, vendredi, à 9 h. 1|4.— Delens : maladies des yeux. Examen ophtalmoscopique, tous les jours, à 9 heures. — Paul Berger : pathologie chirurgicale, tous les jour, à 8 h. 3/4. — Peyrot : clinique chirurgicale, lundi, jeudi, à 9 heures. — Porak : clinique obstétricale, tous les jours, à 10 h. 1/2.

Tenon.— MM. Barié : leçons cliniques, mercredi, à 9 h. 1/2. Examen des malades par les élèves. Diagnostic et indications de traitement, lundi et mercredi, à 9 h 1/2. — Comby : leçons clinique (Examen des malades. Formules et prescriptions. Thérapeutique), mardi, jeudi et samedi, à 9 heures. Conférences cliniques, samedi, à 9 heures (en été). — Hirtz : leçons cliniques, lundi, mercredi, jeudi, vendredi, à 9 heures. Leçons de thérapeutique samedi. — Felizet : Opérations (Affections osseuses), mercredi, samedi. Opérations aseptiques (hernies-tumeurs), mardi et mercredi. — Reynier : clinique chirurgicale, vendredi, à 10 heures.

Laënnee : MM. Landouzy : clinique et thérapeutique médicale, mercredi à 9 heures, jeudi, à 10 heures. — Gingeot : clinique médicale, vendredi, à 9 h. 1/2.— Chauffard : conférences cliniques, une fois par semaine (à partir d'octobre, le jour et l'heure seront fixés ultérieurement). — Nicaise : clinique chirurgicale, samedi, à 9 h. 1/2. Clinique élémentaire, mercredi, à 9 h. 1/2.

Bichat — M. Roques : clinique médicale. Maladies des voies respiratoires, lundi, mercredi et samedi, à 9 h. 1 2.

Broussais. — MM. Barth : conférences de sémiotique élémentaire et de propédeutique médicale, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (en novembre et décembre 1893). Conférences cliniques, mercredi, à 10 heures (de février à juin 1894).— Campenon : conférences de clinique chirurgicale, jeudi, à 10 heures.

Hérold. — M. Variot : conférence de clinique générale, tous les jours, à 10 heures.

Saint-Louis. — MM. E. Besnier : policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus,

acnés, etc., mardi, à 9 heures. Affections parasitaires, teignes; traitement des affections du cuir chevelu, mercredi, à 9 heures. Consultation clinique externe, vendredi, à 9 heures. Leçons cliniques sur les malades du service, (Leçons faites par M. Thibierge), samedi à 9 h. 1/2. — Hallopeau : dermathologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche, à 9 h. 1/2 (janvier, février, mars 1894). Consultation clinique externe, lundi à 9 heures (toute l'année). — Tenneson; affection du cuir chevelu, lundi à 9 heures. Opérations dermatologiques, mardi, à 9 heures (reprendra son cours au mois de mars 1894). Examen des nouveaux malades, jeudi, à 9 heures. — Du Castel : conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, à 10 heures (avril, mai, juin 1894). Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, à 9 h. 1/2. Examen et discussion des nouveaux malades. Policlinique, jeudi à 9 heures (toute l'année). — Championnière : opérations et conférences cliniques (opérations abdominales le mardi), mardi, jeudi, à 9 heures (toute l'année). Cours et conférences de clinique chirurgicale. — Marchand : clinique chirurgicale et opérations, samedi, à 10 heures — Richelot : conférences de clinique chirurgicale, mercredi, à 9 heures. Opérations gynécologiques, mercredi, jeudi, samedi. — Bar : Examen des malades, tous les jours (toute l'année).

Ricord. — MM. Mauriac : syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), samedi, à 9 h. 1/2. — Balzer : affections vénériennes, lundi, à 9 h. 1/2 (salles). — Humbert : clinique chirurgicale et maladies vénériennes (opérations), mardi à 9 h. 1/2.

Broca. — MM. de Beurmann : syphilis et maladies vénériennes, lundi à 10 heures. — Renault : syphilis et maladies vénériennes, jeudi, à 10 heures. — Pozzi ; gynécologie, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. Examen des malades et opérations gynécologiques, lundi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. Examen des malades externes, mardi, à 9 h. 1/2.

Enfants-Malades. — MM. Jules Simon : maladies de l'enfance et thérapeutique infantile, mercredi, à 9 heures. Consultations cliniques, samedi. — Descroizilles : maladies infantiles, vendredi, à 9 h. 1/2. — Ollivier : séméiologie, pathologie et clinique infantiles, lundi et vendredi. Policlinique, mardi et samedi. — D'Heillx ; leçons cliniques, mardi, à 9 heures (à partir de février 1894). — De Saint-Germain : traitement des tumeurs vasculaires et des affections articulaires, jeudi, à 9 heures.

Trousseau. — MM. Legroux : conférences cliniques, mercredis, à 3 h. 1/2. Visites, tous les matins, à 9 heures. Consultation, lundi, jeudi, à 10 heures. — Sevestre ; conférences cliniques et examen des nouveaux malades, mercredi, samedi, à 9 heures. Consultation, mardi et vendredi, à 9 heures. — Moizard : Examen des malades nouveaux et conférences cliniques, lundi, jeudi, à 9 heures.

Enfants-Assistés. — M. Kirmisson : leçons cliniques sur les difformités des membres, lundi et vendredi, à 9 heures (semestre d'hiver).

Salpêtrière. — MM. Auguste Voisin : maladies mentales et nerveuses, dimanche, à 9 heures (à partir de mai 1894). — Jules Voisin : maladies mentales et nerveuses, jeudi, à 10 heures (pendant le 1er trimestre 1894). — Terrillon : gynécologie, par M. Chaput, vendredi, à 10 heures (à partir d'avril 1894).

La Rochefoucauld. — M. Brocq : conférences cliniques, dermatologie, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

C'est la discussion du trépan, dans les plaies par balle, de la calotte cranienne, qui est à l'ordre du jour. On se souvient que cette question, déjà entamée, avait été remise à une date ultérieure pour pouvoir être traitée plus complètement ; mais il est bon, il nous semble, de rappeler les deux points qui sont en litige : d'abord, les avis sont partagés sur la nécessité de la trépanation, quand il existe une fracture du crâne sans complications (accidents, enfoncement, hémorrhagie, etc.), certains chirurgiens veulent qu'on ouvre le crâne dans tous les cas, pour désinfecter la plaie et se rendre compte des dégâts produits ; d'autres trouvent cette intervention dangereuse quand rien ne l'indique. Le second point a trait à la conduite à tenir à l'égard des corps étrangers ayant pénétré dans la substance cérébrale.

C'est M. Quénu qui, le premier, monte à la tribune et commence par témoigner son étonnement de l'opinion émise par M. Berger qui s'est déclaré abstentioniste. La balle est aseptique, dit-on, c'est possible ; mais, en tous cas, pas les fragments de vêtements, pas les cheveux qu'elle entraîne et il cite à l'appui de son dire les observations suivantes : C'est d'abord un enfant atteint d'un traumatisme cranien, si léger (une amorce probablement) que personne ne s'en aperçut, c'est à peine s'il existait une petite plaie ; mais, au bout de quelques jours, il survient de la torpeur, la blessure suppure et, trois semaines après, M. Quénu est obligé de le trépaner. Il sort un flot de pus, on extrait des fragments de plomb, dont un en pleine substance cérébrale. L'amélioration est immédiate, l'enfant se lève ; puis, tout à coup, se déclarent de nouveaux accidents, et l'enfant est enlevé par

FEUILLETON

—

Nouveaux horizons

Où allons-nous, dieux immortels ? A quel point et à quel moment s'arrêtera la course vertigineuse où nous entraînent certaines études ? Je n'ai pu me défendre de ces réflexions presque inquiètes en lisant les comptes rendus de l'une des dernières séances de la Société de Biologie.

Il y a moins de quinze ans, lorsque prirent pied dans le domaine de la science et trouvèrent crédit dans le public médical les recherches relatives à l'hypnotisme et les faits qui s'y rattachent, on était loin de prévoir les phénomènes étonnants qui ont été constatés depuis. A cette époque, l'hypnose et les états curieux qu'elle permet de réaliser sur les sujets en expérience furent accueillis, sans trop de défiance, comme des bizarreries intéressantes, mais sans grande portée. Il était difficile d'en donner une explication plausible ; toutefois, il semblait qu'on les comprît. L'esprit ne se sentait pas absolument dérouté devant eux. Le terrain ne menaçait pas encore de manquer sous nos pieds. On n'éprouvait pas cette sensation angoissante de chute dans le vide qui

une méningo-encéphalite. L'infection, dans ce cas, est patente, et la trépanation immédiate eût put sauver le petit malade Dans le second cas, c'est un homme qui se loge cinq balles dans la région temporale. Les accidents débutent quarante-huit heures après la tentative de suicide. Le troisième jour la cavité cranienne est ouverte, les cinq projectiles sont enlevés, la méningée moyenne est liée, et, malgré les pansements antiseptiques faits par les internes à l'arrivée du blessé à l'hôpital, malgré l'antiseptie rigoureuse consécutive à l'opération, la plaie a suppuré. Enfin, le dernier malade trépané par M. Quénu était un enfant de trois ans qui avait reçu une balle de carabine Flaubert en plein front. La dure-mère n'était pas perforée, mais il y avait des cheveux dans la plaie osseuse. La désinfection put être complète et le petit blessé guérit.

Il faut donc trépaner, quand ce ne serait que pour nettoyer entièrement la plaie. Cette opération, quand elle n'intéresse pas le cerveau est, du reste, inoffensive. Ne pas le faire serait imprudent, car on s'expose à des accidents ultérieurs. Quant au projectile, si il avait peu de vitesse initiale, il n'est pas situé très loin et on peut essayer d'en pratiquer l'extraction ; si, au contraire, il est profondément situé, il faut s'abstenir de toute recherche hasardeuse.

Cette dernière opinion est partagée par M. Desprès qui s'oppose à l'extirpation de la balle qui a pénétré la substance cérébrale. Le cerveau tolère ces corps étrangers et le chirurgien de la Charité en cite un exemple tout récent recueilli dans son service.

C'est sur le terrain expérimental que M. Delorme transporte la question. Il a fait 7 expériences en tirant sur des têtes de sujets frais et de façon à atteindre toutes les régions (frontale, pariétale, temporale, occipitale...) Il s'est servi d'un « revolver du commerce » de 7 millimètres dont la balle pèse 3 grammes, a exploré la plaie au stylet et avec l'avertisseur de Trouvé s'est, en un mot, comporté sur le cadavre comme il l'aurait fait sur le vivant et est arrivé à des résultats peu encourageants pour l'interventionniste. Les explorations ont toujours, en effet, agrandi les dégâts et les explora-

---

rend certains cauchemars si horriblement douloureux. Les suggestions, purement expérimentales d'abord, qui n'étaient pas l'attrait le moins mystérieux de ces nouveautés, parurent des choses presque acceptables d'emblée et ne soulevèrent pas de résistances dignes de ce nom.

Cependant, la voie qui venait d'être ouverte allait être parcourue à grands pas. Ce qui était de pure curiosité et d'intérêt exclusivement spéculatif eut bientôt une sanction pratique. La suggestion devint un traitement. D'étranges abus, des généralisations ridicules, n'ont pas réussi à la tuer, même en France. On suggestionna non seulement des sujets hypnotisés, mais des sujets à l'état de veille. On suggestionna non plus seulement à l'aide d'impressions sensorielles, auditives, visuelles, olfactives, etc., mais sans employer aucun intermédiaire physique apparent; on fit la suggestion mentale et, après l'avoir réussie de près, on la tenta et on la réussit à distance.

Il n'est phénomène si incroyable en apparence qui n'ait été annoncé et accepté. Quelques-uns d'entre eux ne furent point reçus sans contestations plus ou moins rudes, telle, entre autres, l'action des substances médicamenteuses influençant certaines personnes indépendamment de tout contact avec elles. Mais ces quasi-impossibilités mêmes trouvèrent leurs croyants convaincus et il faut avouer que dans cet ordre d'idées et de

teurs ont toujours fait des fausses routes. Jamais on n'a pu se rendre compte du siège de la balle ; mais des esquilles très grosses et très nombreuses, au nombre de 5, 6 ou 7 ont été retrouvées à l'autopsie en dehors du trajet suivi par le stylet. Il est donc impossible, sur le vivant, d'aller à la recherche de ces corps étrangers. Cependant, il faut distinguer les cas où le projectile frappe le crâne avec une grande force et une grande vitesse de ceux où il arrive avec une énergie moindre. Dans cette dernière hypothèse, des tentatives d'extraction pourront être faites, car les esquilles n'ont pas été repoussées profondément et la balle peut n'être pas très loin. On pourra s'apercevoir de la force du projectile en inspectant l'orifice d'entrée, qui sera d'autant plus petit que la vitesse de la balle aura été plus grande.

M. Reclus se fonde sur les symptômes cliniques pour décider ou non l'intervention. Quand il y a une plaie dont on peut craindre l'infection, il faut nécessairement pratiquer une large ouverture et nettoyer les trajets. Quand il y a des symptômes de compression dus à un fragment osseux ou à un épanchement sanguin causé par l'ouverture d'un vaisseau, on ne doit pas avoir d'hésitation; mais « en présence des méninges et du cerveau muet, il faut rester l'arme au bras. » Il a suivi cette ligne de conduite plusieurs fois, notamment dans quatre cas récents et s'en est bien trouvé. Il faut donc ne pas s'astreindre à retrouver la balle ; les expériences de M. Delorme le montrent; mais celles de Delbet et de Dagron, relatées dans les Bulletins de la Société anatomique, avaient déjà prouvé l'insuccès inévitable de ces recherches. Quant aux esquilles, sont-elles aussi nombreuses que M. Delorme l'a dit ? Les faits cliniques répondent non, ou alors dans bien des cas elles seraient admirablement tolérées.

La séance se termine, mais pas la discussion, par l'énumération raisonnée de nombreuses statistiques qu'apporte M. Monod à la tribune. C'est en Amérique qu'on a recueilli les chiffres les plus considérables : Andrews a collationné 72 cas ; Wharton, 316, et sur ces 316 cas, 106 fois on a procédé à l'extraction de la balle avec 67 pour 100 de guérison ; 210 fois on s'est abstenu avec 41 pour 100 de guérison.

---

faits il n'est rien qu'on puisse rejeter *a priori*, tant il s'y rencontre d'inadmissibles réalités. Les phénomènes de transfert ne sont-ils point dans cette catégorie ? L'aimant qui, sur un paralytique endormi, fait passer l'impuissance fonctionnelle d'un membre à l'autre, que dis-je ! d'un sujet à un autre sujet, ne représente-t-il point la plus formidable difficulté d'interprétation qu'il soit permis de rêver, et cette difficulté s'atténue-t-elle en quoi que ce soit par cette raison que ces manœuvres s'exécutent sur des hystériques ?

Or, tout cela me semble dépassé par la communication faite à la Société de biologie, à laquelle je faisais allusion en commençant. C'est M. d'Arsonval qui l'a provoquée en entretenant la Société de la persistance, dans les corps inorganiques, de certaines actions physiques. Ainsi un barreau de fer doux soumis à l'aimantation conserve ensuite quelque chose de cette aimantation lorsque celle-ci a cessé. De même des milieux organiques, mais non vivants, des bouillons de culture par exemple, soumis à l'action de températures très basses de 60 à 100 degrés au-dessous de zéro, restent profondément modifiés après être revenus à leur température initiale. Aucun appareil de physique, aucun réactif chimique, ne sont assez sensibles pour déceler les modifications produites, mais la vie, infiniment plus délicate que nos procédés de recherche les plus perfectionnés,

Il est bien certain que la région lésée a une grande importance au point de vue des accidents. C'est ainsi que Brodie avait dit qu'il ne connaissait pas une plaie du cervelet qui ait guéri Il en existe pourtant, et M. Duplouy en a cité un exemple au dernier congrès de chirurgie. Les chiffres montrent, du reste, bien la gravité des traumatismes occipitaux, qui donnent 69 pour 100 de mort, tandis que les fractures du frontal avec pénétration ne donnent une mortalité que de 49 pour 100 et celles des pariétaux une mortalité de 46 pour 100.

Brackford et Smith ont donné aussi une statistique plus récente, de laquelle il découle que les accidents consécutifs se montrent, en moyenne, une fois sur deux et entraînent la mort. Quant à l'intervention, elle donnerait 54 pour 100 de guérisons, tandis que l'abstention causerait une mortalité de 73 pour 100.

Il faut donc ne pas hésiter à intervenir, mais aussi savoir dans quelles limites. M. Monod cite, en finissant, l'opinion de Warthon, qui avait bien étudié la question et qui en était arrivé à écrire que la gravité résulte autant de la fracture et des fragments osseux, que de la présence de la balle.

Eugène Rochard

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le nombre des microbes du tube digestif. — MM. Gilbert et Dominici ont tenté la numération des micro-organismes contenus dans les matières fécales. Chez un homme, ils ont trouvé 67,000 microbes par milligramme et chez un second 80,000; pas un seul n'était liquéfiant. Chez des chiens, les auteurs ont trouvé 25,000 et 21,000 microbes par millimètre cube. Un homme doit éliminer environ 12 milliards de microbes par jour. Dans l'estomac du chien on trouve 49,000 microbes par millimètre cube; dans le duodénum, 29,000. Le chiffre augmente progressivement du pylore au cœcum; le maximum a été trouvé dans le jéjunum, 100,000 microbes par miilimètre cube. Du cœcum au rectum on ne trouve plus que

---

en démontre l'irréfutable existence. En effet, un même organisme inférieur mis en culture dans ces bouillons qui avaient été refroidis et dans des bouillons identiques, mais non exposés à l'action du froid extrême, s'est comporté différemment dans les premiers et dans les seconds, témoignant par là, à n'en pouvoir douter, que les conditions de son existence n'étaient plus semblables dans les deux milieux.

Ces faits sont d'un très grand intérêt, mais les objets auxquels ils s'appliquent ne leur ajoutent rien de particulièrement passionnant. Ceux dont M. Lhuys a ensuite entretenu ses collègues sont, au contraire, de nature à frapper vivement les esprits. Vous penserez peut-être tout à l'heure qu'ils ne sont point d'un ordre très différent des premiers et ne méritent pas plus qu'eux de nous laisser songeurs. Je n'en disconviens pas tout à ait; mais, au risque d'être accusé de mysticisme (reproche, je l'avoue, que je me suis attiré quelquefois) je dois à la vérité de dire que je ne suis pas impressionné exactement de la même façon par les uns et par les autres.

Voici donc ce que M. Lhuys a conté. Il avait appliqué, dans un but thérapeutique, une couronne aimantée à une malade souffrant de migraines violentes et tenaces dont ce moyen l'avait guérie. A quelques jours de là, une quinzaine, je crois, il eut l'occasion de faire à un autre sujet, pour une cause toute différente, une application de cette même

30,000 microbes par millimètre cube. Malgré l'acidité du conteou, les microbes sont très nombreux dans l'estomac.

Arrêts du développement dans l'hémiplégie infantile et l'hystérie. — M. Féré a constaté que, dans l'hémiplégie infantile précoce, il y avait arrêt du développement de la main. Il y a une oligodactylie cubitale, c'est-à-dire que l'arrêt porte surtout sur l'annulaire et le petit doigt qui sont trop petits et trop courts. Le médius est le plus rarement atteint. L'oligodactylie cubitale se voit souvent chez les hystériques du côté anesthésié ou paralysé; chez ces malades on constate souvent aussi une déviation de l'iris qui est fréquemment plus petit, pigmenté d'une façon différente que celui du côté normal. On pourrait conclure de ces constatations que l'hystérie n'est pas seulement un trouble fonctionnel, mais une vraie maladie.

Recherches sur le venin de vipère. — MM. Phisalix, Bertrand, Calmettes ont fait des recherches très intéressantes sur le venin de la vipère. Ils sont parvenus à immuniser des animaux en employant du venin chauffé à 75°; l'immunité est complète au bout de 48 heures. De plus, en mélangeant du venin pur avec du sang ou du sérum de cobayes immunisés et en l'injectant dans le péritoine, M. Phisalix a vu que l'animal restait bien portant; 3 centigrammes de sang immunisant neutraliseraient 2 dizièmes de milligrammes de venin.

Cependant M. Calmettes n'a pas vu le venin de vipère perdre ses propriétés après chauffage à 75°. Il a pu rendre des animaux réfractaires par les inoculations répétées de très petites doses. L'hypochlorite de chaux ou de soude neutralise l'action du venin. Pour lui, le sérum d'un lapin vacciné permet de préserver contre une inoculation du venin actif s'il est injecté une heure et demie avant cette inoculation; ce sérum immunise aussi contre le venin du cobra. Il a une action curative s'il est injecté quinze à dix-huit minutes après l'inoculation d'une dose de venin de vipère quatre à cinq fois plus grande que la dose mortelle ordinaire.

Ictère grave par infection bacillaire. — M. Hanot a recueilli plusieurs observations qui montrent que l'infection du foie par le coli-bacille, entraîne parfois un ictère grave, qui est alors accompagné d'hypothermie. Il a pu, par une ponction du foie, constater la présence du microorganisme pendant la vie, ce qui met son rôle pathogénique hors de toute contestation.

---

couronne aimantée qui lui avait servi dans le cas précédent. Notez qu'en le faisant — cela m'a paru, du moins, ressortir de sa communication — il n'avait aucune idée préconçue, aucune intention de provoquer le phénomène dont il fut le témoin étonné. Quelle ne fut point sa surprise, en effet, lorsqu'il vit son sujet se plaindre de douleurs de tête au bout de quelques minutes et, chose plus curieuse encore, apporter à l'expression de ses souffrances une imitation frappante des attitudes, des gestes, des soupirs, des gémissements à l'aide desquels la première malade manifestait les siennes! On eût dit que l'aimant avait pris et conservé quelque chose de la *cérébralité* de la migraineuse, suivant l'expression même de l'expérimentateur, et l'avait transmis à un autre cerveau.

Il faudrait être difficile en fait d'étrangeté pour n'être point satisfait de celle-là. Dira-t-on qu'elle passe la mesure et qu'il faut rester incrédule? De quel droit? Les esprits les plus scientifiques et peut-être les plus positifs se refusent à reconnaître ce droit à l'incrédulité devant des phénomènes plus mystérieux encore et plus saisissants. Ils croient aller assez loin en exigeant des observations qui les relatent, toutes les garanties d'exactitude, de précision, de concordance et d'authenticité que comporte toute méthode d'induction. C'est ainsi que les télépathies, nom récent d'une très vieille chose,

Vaccination du chien contre la tuberculose humaine. — MM. RICHET et HÉRICOURT sont parvenus à vacciner le chien contre la tuberculose humaine par les injections de tuberculose humaine à très faibles doses ou par celles de tuberculose aviaire.

Des expériences comparatives ont été faites et tous les chiens observés ont résisté à la tuberculose inoculée. Malheureusement les procédés de vaccination ne sont pas exempts de dangers et plusieurs des animaux vaccinés ont succombé.

— M. SAMSON a constaté que chez les vaches auxquelles on donnait des phosphates, la teneur du lait en acide phosphorique était très augmentée. C'est là un fait important qui se prête à des applications thérapeutiques.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Choléra

I

Dans un mémoire publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1893, n° 10), M. Sanarelli établit que la conception morphologique unitaire des vibrions cholériques doit être abandonnée. Pour lui, il existe diverses variétés de vibrions morphologiquement distinctes les unes des autres mais pouvant déterminer, chez l'homme et chez les animaux le même tableau morbide, cliniquement identique. En dehors de toute propriété spécifique, on peut trouver dans les eaux contaminées de n'importe quelle provenance des vibrions pathogènes, présentant tous les caractères considérés comme spécifiques pour les vibrions exotiques. En dehors de ces vibrions pathogènes absolument analogues aux vibrions de provenance intestinale, on trouve dans l'eau un nombre assez grand d'autres variétés non pathogènes, mais présentant des points de contact si évidents avec les précédents, qu'on est obligé de les considérer comme des variétés d'origine pathogène, et par conséquent capables, dans certaines circonstances, d'acquérir à nouveau leurs propriétés perdues. On trouve certainement des vibrions pathogènes dans l'eau des égouts, et cela montre l'importance de la contamination de l'eau dans l'origine et la propagation du choléra. Des liens étroits existent entre les vibrions trouvés dans les eaux et

---

font peu à peu leur place dans les préoccupations des savants, en attendant qu'elles deviennent des vérités établies.

A propos du fait particulier dont il s'agit ici, il n'y a point lieu, évidemment, d'édifier quelque théorie, d'esquisser même la moindre explication. L'observateur qui en a été témoin et qui l'a relaté est de ceux qui savent voir et sa communication a la valeur d'un document à enregistrer et à retenir. Mais lui-même s'est gardé d'en diminuer le prix par des commentaires ou des réflexions prématurées.

Supposons, cependant, *liberæ enim sunt cogitationes nostræ*, a dit Cicéron, supposons que le fait ne reste pas isolé, qu'on en constate et qu'on en groupe d'autres, plusieurs, un très grand nombre; qu'il devienne patent, indéniable, certain qu'un aimant peut absorber, emmagasiner des effluves cérébraux et les faire passer dans un autre encéphale, et voyez quelles conséquences on en pourrait tirer. Je laisse de côté toute théorie, toute dissertation abstraite, toute discussion physiologique ou métaphysique, parce que je n'éprouve aucun besoin de me rendre grotesque à plaisir ; je veux seulement envisager les résultats d'une portée inouïe qu'on est en droit d'attendre d'une pareille propriété de l'oxyde ferroso-ferrique.

La thérapeutique d'abord y trouverait un agent de premier ordre. Son emploi n'irait

ceux des déjections cholériques ; il est donc très probable qu'ils ont une origine commune.

Les vibrions qui sont virulents dans les eaux ne conservent pas longtemps cette propriété ; elle disparaît peu à peu ainsi que d'autres propriétés et peu à peu les vibrions s'adaptent a vivre dans l'eau et deviennent saprophytiques.

II

Le choléra cause une grande mortalité chez les alcooliques. M. Galliard, dans la dernière épidémie parisienne, a passé en revue les différentes modalités qu'il peut présenter chez ces malades. Le choléra léger évolue tantôt comme chez les sujets sains ; tantôt la convalescence est simplement plus lente, chez les sujets âgés particulièrement, tantôt enfin, le choléra se termine à peine qu'on voit apparaître le délirium tremens ; dans ce dernier cas, la maladie infectieuse agit comme cause provocatrice, comme aurait pu le faire un traumatisme quelconque. Chez certains alcooliques, le choléra léger s'aggrave soudainement et souvent alors, le délire annonce l'aggravation imminente, ou bien il y a recrudescence des accidents intestinaux principalement des accidents gastriques, ou bien encore l'adynamie cardiaque apparaît.

Le choléra grave peut présenter chez les alcooliques son évolution banale, habituelle, il peut même guérir, mais l'issue fatale est la règle.

Le délire survient parfois chez les sujets dont la sobriété est certaine et est rarement violent ; il peut être difficile, dans un cas de choléra avec délire, de faire la part de l'alcoolisme, mais chez certains malades son influence est très nette.

La congestion céphalique, avec rougeurs de la face, injection des yeux, etc., n'a pas, pour M. Galliard, de relations étroites avec l'alcoolisme.

Souvent chez les cholériques alcooliques, les vomissements acquièrent une grande importance et l'intolérance de l'estomac est absolue ; parfois les malades arrivent à rejeter du sang. Chez un absintho-alcoolique de 19 ans on a trouvé, à l'autopsie, des ulcérations de dimensions variables, au nombre d'une trentaine, sur la face interne de l'estomac ; ce sujet avait eu des vomissements réitérés, des hématémeses, du délire des paroles, des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

M. Galliard a recueilli 7 cas de choléra accompagnés d'ictère ; deux de ces malades seulement étaient des alcooliques.

---

peut-être pas toujours sans quelques inconvénients et les plus grandes précautions seraient de rigueur dans le choix des aimants à employer. La responsabilité médicale rendrait dangereuses certaines méprises. Le client aimanté pour quelque névralgie sans gravité et que rendrait fou une couronne appliquée la veille à un dément ou à un maniaque, serait mécontent non sans raison. Ce genre d'accidents ne représenterait, d'ailleurs, que la somme de risques et de déchets qui sont comme le tribut dû à tout progrès. L'anesthésie chirurgicale n'a point souffert des catastrophes qu'elle a causées. La nouvelle méthode de traitement parcourrait une superbe carrière, nonobstant d'inévitables malfaçons.

Mais ce n'est point l'art de guérir qui profiterait le plus de cette belle découverte. L'humanité tout entière, toutes les professions et toutes les sciences, toutes les classes et tous les états sociaux en retireraient des bénéfices au-dessus de ce qu'on peut concevoir. Plus de cancres dans les lycées ; plus de ces *minus habentes* qui briquent les bancs des classes pendant de longues années sans arriver à compenser par les progrès de leur intelligence les dommages infligés à leurs fonds de culottes. Quelques couronnes aimantées préalablement *chargées* sur les têtes des forts en thème leur infuseraient les plus arides connaissances.

Parfois les alcooliques présentent dans le choléra grave une hypothermie prolongée, dissociée pour ainsi dire, qui n'est pas accompagnée des autres manifestations habituelles de la période algide.

L'alcoolisme prédispose beaucoup aux complications thoraciques. Ces complications s'accompagnent non pas de fièvre mais d'apyrexie ou même d'hypothermie.

MM. Delpech et Galliard insistent sur ce point qu'il est inutile de prescrire aux cholériques alcooliques des boissons éthyliques abondantes. M. Galliard ordonne la glace, la limonade citrique, la limonade tartrique, ou la limonade lactique. Cette dernière est généralement moins bien tolérée et elle répugne beaucoup aux sujets suspects d'alcoolisme. Le menthol, la cocaïne sont souvent utiles pour calmer les vomissements. Le champagne coupé d'eau glacée ne convient qu'à la période de réaction et le café glacé est généralement mieux toléré. Il ne faut permettre la potion de Todd que dans la convalescence. L'opium doit être considéré comme nuisible, car il favorise la congestion des centres nerveux. Cependant il n'y a pas de médicament capable de remplacer la morphine dans le délire des alcooliques. Les bains chauds doivent être employés avec prudence chez les malades prédisposés au délire. (*Archives de médecine*, oct. 1893.)

III

A l'asile de Bonneval, M. Camuset a observé les modifications apportées par le choléra dans l'état mental des aliénés. L'attaque cholérique fait toujours disparaître l'état maniaque, mais la guérison ne se maintient pas. Le choléra agit, en somme, comme les autres maladies graves intercurrentes. Les délires non systématisés variables et peu profonds de cette forme vésanique disparaissaient aussi; quand il y avait manie chronique simple et non démenee maniaque, le sujet se montrait, pendant un certain temps, normal au point de vue intellectuel. Quand il y avait démence maniaque, il était momentanément dément simple.

On a remarqué aussi que la plupart des malades sauf les idiots et les imbéciles ont perdu pendant les périodes graves du choléra, la notion exacte de leur situation et que tous envisageaient la mort sans angoisse.

L'influence de l'attaque du choléra sur les états mélancoliques, n'a été ni aussi profonde, ni surtout aussi générale que sur les états maniaques. Dans un cas de mélancolie chronique, la maladie intercurrente a produit un effet semblable à celui qu'elle produit

---

Que d'heures joyeuses en plus dans notre vie à tous et que de veilles pénibles en moins, si depuis un siècle tous les grands anatomistes avaient pu disséquer, écrire leurs livres, ayant un aimant sous leur calotte. Nous n'aurions plus eu qu'à nous l'appliquer à tour de rôle pour posséder à fond les arcanes les plus rebelles de cet affreux casse-tête.

Les erreurs judiciaires ne seraient plus, dans peu d'années, qu'un de ces lugubres souvenirs que les âges anciens lèguent à l'avenir comme autant de repères destinés à jalonner la route de l'humanité et à repérer ses progrès. Un aimant passant alternativement de la tête des prévenus à celle des juges ferait certaine la conviction de ceux-ci que ballottent aujourd'hui, ainsi que des houles contraires, réquisitoires et plaidoiries.

N'est-on pas saisi d'une joie intense à l'idée du perfectionnement rapide et indéfini que notre espèce peut escompter déjà et dont j'ai voulu indiquer seulement la nature par deux ou trois exemples. D'autres vous viendront en foule à l'esprit et vous ne m'accuserez pas d'exagération si je prévois le jour prochain où, sur cette terre, il n'y aura plus d'amants inconstants, plus de femmes infidèles, plus d'anarchistes.

toujours dans les états maniaques. Mais, en général, la maladie tendait plutôt à accroître encore l'état de dépression et les malades tombaient vite en prostration.

Tous les aliénés à délire partiel n'éprouvèrent aucune modification psychique. L'exaltation, quand il y en avait, se dissipait, mais le délire systématisé persistait. Un seul paralytique général fut atteint du choléra et son état mental, déjà très mauvais, ne fut nullement modifié. Plusieurs déments organiques ne présentèrent non plus rien de notable. Un alcoolique chronique cessa de délirer dès le début de l'attaque et mourut avec une grande frayeur de la mort.

Les idiots ne paraissent pas avoir une grande sensibilité, mais deux débiles hystériques reconnurent très bien leur situation désespérée.

En résumé, l'influence du choléra est analogue à celle des autres maladies graves intercurrentes, mais elle présente des particularités spéciales. L'attaque cholérique fait disparaître temporairement tous les états maniaques, modifie peu les états mélancoliques, fait disparaître les délires vagues non systématisés, peu profonds, mais n'a aucune action sur les délires systématisés. (*Archives de neurologie*, 1890, nº 75.)

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

—

Quand et comment faut-il vacciner et revacciner?

La vaccination est une pratique à laquelle personne ne doit se soustraire. Il n'y a pas d'âge, de tempérament, d'idiosyncrasie qui puisse la contre-indiquer.

Il faut vacciner les enfants très peu de temps après la naissance. On évite pourtant de pratiquer cette petite opération chez les nouveau-nés L'âge le plus favorable est celui de deux à trois mois; toutefois, il ne faut pas hésiter à agir plus tôt, quand on se trouve dans un foyer d'épidémie, et jamais on ne doit dépasser la limite de six mois. Dans le cas d'épidémie, on ne doit pas se laisser arrêter, comme en temps ordinaire, par une crise dentaire, par une poussée d'eczéma ou d'impétigo.

On peut vacciner en toute saison, mais on évite, lorsqu'il n'y a pas d'urgence, les grands froids et les grandes chaleurs.

La nécessité des revaccinations est reconnue par tout le monde aujourd'hui, et dans le projet de loi sur la vaccine obligatoire les médecins les plus autorisés ont proposé de prescrire *la première revaccination à dix ans, la seconde à vingt et ultérieurement, les revaccinations en masse, dans les régions placées sous le coup d'une épidémie variolique grave*.

Il s'agit, dans ce cas, de revaccination obligatoire, et la loi ne doit pas se montrer trop exigeante. Celle qui est en vigueur en Allemagne n'exige la première revaccination qu'à l'âge de douze ans. Les parents soucieux de la santé de leurs enfants ne doivent pas attendre si longtemps. Il est plus sage de pratiquer la première revaccination à sept ou huit ans, la seconde de quinze à vingt; on fait bien d'en opérer une troisième de trente à trente-cinq. On peut ensuite s'en tenir là, sauf dans les cas d'épidémie, où la règle doit être de revacciner tout le monde.

Le lieu d'élection pour pratiquer les piqûres vaccinales est la partie moyenne et externe du bras. Les enfants y portent moins facilement la main et, lorsqu'il s'agit de petites filles, elles ne sont pas exposées à montrer des cicatrices désagréables, lorsqu'elles seront arrivées à l'âge où la mode les oblige à se décolleter.

Beaucoup de femmes, aujourd'hui, se font vacciner à la jambe pour éviter ce petit ennui et font de même pour leurs petites filles. Elles les exposent à des lymphangites et à des engorgements ganglionnaires de la région inguinale. On peut, le plus souvent, à

force de soins, mettre les piqûres à l'abri du contact irritant des urines ; mais cela n'est pas possible chez les enfants des classes pauvres et il faut éviter de les vacciner aux membres inférieurs.

Le nombre de piqûres doit être proportionnée à l'âge et à la force du sujet. En général, on en fait six chez les jeunes sujets ; toutefois, lorsque les circonstances forcent à vacciner de très petits enfants, ou s'ils sont malingres, débiles, il vaut mieux se borner à en faire trois seulement. On peut également se contenter de trois inoculations chez les adultes, lorsqu'ils ont été revaccinés à dix et à vingt ans.

BIBLIOTHÈQUE

De la méningite tuberculeuse chez l'enfant,

Par le docteur E. Schoull. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1894.

Pour l'auteur, la méningite tuberculeuse de l'enfant est curable et il conseile, une fois le diagnostic bien établi, de tenir la conduite suivante :

Faire raser la tête, sur laquelle on pratiquera deux fois par jour une large onction à la pommade iodoformée à 20 0/0 ; protéger par une enveloppe de taffetas gommé et recouvrir par une vessie de glace. Donner une potion calmante matin et soir, et, dans la journée, administrer l'iodure de potassium. Ne pas craindre d'arriver rapidement à une dose élevée et, si le cas semble désespéré, essayer des doses massives. Combattre la constipation par les laxatifs, lavements en suppositoires appropriés. Tenter de calmer les vomissements par l'eau de seltz, la glace, la potion de Rivière. Exercer, à l'aide de sinapismes que l'on promène sur les membres inférieurs, une dérivation assez active ; au besoin mettre à la nuque ou derrière les oreilles de petits vescicatoires. Ne pas trop insiter, car les révulsifs, sont parfois très douloureux et partant nuisibles. Si l'on trouve à l'auscultation quelques signes thoraciques, appliquer de larges cataplasmes sinapisés autour du corps. Obscurité et silence dans la chambre ; le malade doit être laissé au repos le plus complet possible. Comme alimentation et boissons : lait, bouillon, thé et bœuf glacé, gelées de viande Quand l'enfant est guéri de sa méningite, continuer pendant quelque temps l'usage de l'iodure et surveiller l'hygiène avec le plus grand soin.

M. Schoull publie des observations qui semblent convaincantes. On pourra donc assayer son traitement, absolument rationnel du reste, et peut-être obtiendra-t-on ainsi des succès inespérés.

COURRIER

Hopitaux de Paris. — Nominations du concours de l'internat en médecine

Titulaires : 1. MM. Gosset, Vauverts, Proust, Batigne, Lenoir, Grenet, Pasteau, Monbouyran, Baron, Faitout. — 11. MM. Pissavy, Lardennois, Jacobson, Lorrain, Mortagne, Villière, Guinard, Rabé, Labbé, Loug. — 21. MM. Anghelesco, Lenoble, Wiart, Lacour, Chevereau, Monod (Jacques), Bureau, Martin (Charles), Chabry, Dominici. — 31. MM. Papillon, Wintrebert (Paul), Fünck, Bayeux, Barozzi, Plauque, Morel, Jolly, Freukel, Herbet. — 41. MM. Hallé, Pouquet, Bonnus, Bouchacourt, Chauvel, Escat (Jean), Fournier (Edmond), Junier-Lavillauroy, Siron, Riche. — 51. MM. Chauveau, Le Damany, Bonnet (Léon), Zeimet, Siguier, Arrizabalaga, Chéron, Cange, Fauvel (Louis), Page. — 61. M. Carnot.

Provisoires : 1. MM. Oppenot, Hérescu, Hérard, Imbert, Salmon, Blanc, Hepp, Estrabant, Poix, Rudaux. — 11. MM. Beaulavon, Sainton, Veuillot, Bize, Mettetal, Levray, Dardel, Riffé, Roger (Jean), Delamare. — 21. MM. Griffon, Nimier, Daumy, Dujarier, Laroche, Marchais, Brin, Le Für, Garnier (Marcel), Tariel. — 31. MM. Guillemot (Albert), Macrez, Desvaux, Comte, Terrieu, Branca, Jeaune, Claisse, Bigeard, Tissier (Henri). — 41. MM. Thiénot, Delmond-Bébet, Le Dard, Luys, Durrieux, Piatot, Larrieu, Martin (André).

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel auxiliaire du laboratoire de clinique des

maladies mentales est constitué ainsi : MM. les docteurs Klippel, chef ; Serveaux, aide, et Souvineau, en remplacement de M. Lefilliâtre.

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. Raynal et Lestrades sont institués prosecteurs.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le professeur Druhen est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Saillard, nommé directeur honoraire.

— M. le docteur Briand, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er janvier 1894.

— M. le docteur Boudrie, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er janvier 1894.

— Le 23e congrès de chirurgie allemande se tiendra à Berlin du 18 au 21 avril. Les questions à l'ordre du jour sont : les résultats du traitement conservateur dans les inflammations tuberculeuses de la hanche, par Bruns (de Tubingue) ; l'intervention hâtive dans l'ostéomyélite, par Kuster (de Marbourg) ; la mobilisation précoce dans les fractures des membres et en particulier des membres inférieurs, par Bardeleben (de Berlin) ; enfin, une statistique générale des résultats fournis par les divers agents anesthésiques, par Gurlt.

— M. G. Thomas, docteur en droit, donne dans la *Presse médicale* la liste suivante des certificats qui doivent être faits sur papier timbré.

1° Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie ;

2° Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la revision ;

3° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou du conseil de revision ;

4° Certificat pour obtenir une prolongation de congé de convalescence (militaire ou civil) ;

5° Certificat de maladie délivré à un militaire ou à un ecclésiastique pour obtenir une saison aux eaux thermales ;

6° Certificat d'infirmités pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, des ponts et chaussées) ;

7° Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'Etat ;

8° Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, juré, ou de témoignage devant les tribunaux ;

9° Certificat demandé par une veuve d'employé, à l'effet d'obtenir une pension de l'Administration.

Le collège médical impérial de Tientsin. — Le gouvernement chinois a établi, en octobre dernier, à Tientsin, un collège destiné à l'éducation des médecins civils, de l'armée et de la marine. Cette institution, dirigée par un médecin de la marine anglaise, le docteur Heuston, compte 60 élèves divisés en deux groupes : celui des élèves parlant l'anglais et celui des élèves ne le parlant point. Tous suivent, sous la direction de médecins chinois diplômés à Edimbourg, des cours d'anatomie, de physiologie et de médecine pratique.

— Le nombre des candidats reçus docteurs par les sept Facultés de médecine de France a été, pendant l'année scolaire 1892-1893, de 723, soit 88 de plus que l'année précédente et 129 de plus qu'en 1890-1891.

441 diplômes ont été délivrés par la Faculté de médecine de Paris, 104 par celle de Lyon, 88 par celle de Bordeaux, 50 par celle de Montpellier, 15 par chacune des Facultés de Toulonse et de Nancy, et 10 par la Faculté de Lille.

— Il est question au sous-secrétariat d'Etat des colonies de la création, à Vichy, d'un hôpital colonial, qui fonctionnerait à partir de 1895.

— Les professeurs, les agrégés en exercice et les chargés de cours des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont convoqués le mardi 27 février 1894, à l'effet d'élire un délégué au conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Diacon, décédé.

Si un 2e tour de scrutin est nécessaire, il y sera procédé le mardi 13 mars 1894.

— On vient d'inaugurer dans la cour de l'Université de Vienne, les monuments érigés à la mémoire de von Brücke, ancien professeur de physiologie, et de Carl von Braun ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie.

— Le projet de création d'une Faculté de médecine à Odessa aurait été approuvé par les autorités compétentes.

Hopital Saint-Louis. — *Cours de pathologie et de thérapeutique dermatologique.* — M. le docteur G. Thibierge fera pendant les mois de mars et avril 1894, dans le service de M. le docteur E. Besnier, un cours complet de pathologie et de thérapeutique dermatologique.

Les mardis, jeudis et samedis, à trois heures, leçon théorique avec présentation de malades à la salle des conférences du musée (la première leçon aura lieu le samedi 3 mars).

Le mardi, à neuf heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés, électrolyse, etc.) au laboratoire Alibert.

Le mercredi à neuf heures, traitement des affections du cuir chevelu, au laboratoire Alibert.

Le vendredi, à neuf heures, consultation externe, salle des consultations, 38, rue Bichat.

Le samedi à neuf heures et demie, leçon clinique sur les malades du service (salles Alibert et Devergie).

Corps de santé de la marine et des colonies. — La commission supérieure chargée de dresser, pour l'année 1894, le tableau d'avancement du corps de santé des colonies et pays de protectorat, s'est réunie, samedi, 17 février, et elle a inscrit à ce tableau :

Pour le grade de *médecin en chef de 1re classe*, MM. les médecins en chef de 2e classe N.-P. Ayme et E.-D. Lecorre.

Pour le grade de *médecin en chef de 2e classe*, MM. les médecins principaux A.-J. Kieffer M.-L.-M. Delrieu ; F.-P.-M.-E.-L. Cazes, et J.-J.-L. Bastian.

Pour le grade de *médecin principal*, MM. les médecins de 1re classe L.-J. Garnier et A.-F.-P. Preux.

Pour le grade de *médecin de 1re classe*, MM. les médecins de 2e classe E.-H. Chauveau C.-M.-G. Neiret, et A.-J.-M. Quennec.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

BULLETIN

—

Toute la presse médicale a reproduit le projet de revision du *Règlement sur le service de santé,* présenté par M. le docteur Périer au conseil de surveillance ; et chacun loue la modération avec laquelle y ont été traitées les questions les plus délicates en même temps qu'on reconnaît l'autorité avec laquelle s'est exprimé l'éminent chirurgien qui avait bien voulu se charger du rapport.

Nous sommes heureux, pour notre part, de nous associer à ces éloges et d'en adresser même d'autres à M. Périer, qui a pris l'initiative de la création d'un *conseil de famille* formé au sein de la société des chirurgiens des hôpitaux. Mercredi dernier, en effet, se sont réunis les différents membres de cette société qui se sont trouvés à un moment donné quarante, pour discuter cette importante question.

Nous allons donner, plus loin, les conclusions qui ont été votées, mais ce qu'il faut dire auparavant, c'est l'unanimité d'autant plus remarquable qu'elle est assez rare, avec laquelle ont été adoptés tous les articles mis aux voix.

C'est sur l'initiative toute personnelle de quelques chirurgiens des hôpitaux tels que MM. Périer, Berger, Reclus, Quenu, qu'un premier projet a été établi ; qu'un rapport digne d'éloges à tous les égards a été fait par M. Picqué, qui en a donné lecture à tous ses collègues.

Les conclusions de ce rapport, sauf de très minimes changements inutiles à signaler, ont, comme nous l'avons dit, obtenu l'assentiment unanime de la société.

Voici ces conclusions :

1° Un conseil de famille est formé au sein de la société des chirurgiens des hôpitaux.

2° Il sera chargé d'examiner les contestations qui pourront s'élever entre l'administration et les membres de la société.

3° Le chirurgien des hôpitaux ayant une contestation avec l'administration est invité à venir devant le conseil de famille qu'il aura fait convoquer par le président, exposer ses observations. S'il n'accepte pas la solution du conseil, le différend pourra être porté devant les chirurgiens réunis en assemblée plénière.

4° Le conseil de famille est composé de six membres, à savoir : le président annuel de la société des chirurgiens, le représentant de la société au conseil de surveillance, de quatre membres élus, renouvelables par moitié tous les ans et rééligibles. Un de ces quatre membres sera pris parmi les chirurgiens du bureau central.

Il est inutile de faire remarquer dans quel esprit de sagesse et de modération est conçu ce conseil de famille qui, excluant toute idée de discipline,

est plutôt un « conseil tampon » destiné à aplanir les difficultés au mieux des intérêts de chacun.

Le vote devant désigner les quatre membres éligibles s'est terminé par la nomination de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Monod et Picqué.

HYGIÈNE

—

La Crémation

La mort de Victor Considérant et l'incinération qui s'en est suivie ont donné un regain d'actualité à la crémation dont on cessait depuis quelque temps de s'occuper. On sait que le profond penseur qui fut le disciple et le continuateur de Fourier, que le grand écrivain qui a passionné notre jeunesse et l'a quelque temps entraînée à sa suite, s'est éteint le 29 décembre dernier, dans un âge tellement avancé qu'un silence profond s'était fait depuis longtemps autour de sa personne et que beaucoup d'entre nous ne croyaient pas qu'il vécût encore. C'est sur sa volonté expresse qu'il a été incinéré au crématoire du Père-Lachaise, en présence d'un petit nombre d'amis et de quelques rares phalanstériens demeurés fidèles à ses doctrines. Cette mort, qui eût fait tant de bruit à une autre époque, n'a eu quelque retentissement que par le fait de sa crémation. Les partisans de cette pratique en ont profité pour reparler d'elle et nous ferons comme eux, en saisissant cette occasion pour en dire notre sentiment au point de vue de l'hygiène.

Nous n'avons pas l'intention d'en faire ici l'histoire, cela nous entraînerait trop loin (1) ; nous rappellerons seulement que la coutume de brûler les cadavres, qui était tombée en désuétude à la chute de l'empire romain, après avoir tenté un essai infructueux pour revivre en France à la fin du siècle dernier, a repris faveur en Italie il y a une quarantaine d'années. Cette question a passionné la presse ; elle a été discutée dans les congrès et les sociétés savantes, en y prenant un caractère scientifique qu'elle n'avait pas revêtu jusqu'alors. Les progrès de l'industrie contemporaine ont permis de substituer des fours où l'incinération se fait d'une façon rapide et complète, aux anciens bûchers sur lesquels elle s'opérait lentement à l'air libre et qui répandaient au loin leur fumée âcre et infecte, malgré tous les raffinements et le luxe dont la civilisation romaine les avait entourés.

Des appareils de plus en plus perfectionnés ont diminué le temps de l'opération et la dépense, ils ont atténué les inconvénients de voisinage, de façon à donner à la crémation le caractère pratique sans lequel rien n'est accepté de nos jours.

Des crématoires se sont fondés à peu près partout. Le premier fut inauguré à Milan le 22 janvier 1876, et aujourd'hui l'Italie en possède 23, dont 6 sont la propriété des municipalités. Il y en a deux en Angleterre, trois en Allemagne où la crémation n'est pas encore facultative dans tous les Etats ; elle a été repoussée par le Landtag prussien sur l'opposition du gouvernement. On trouve des crématoires à Stockholm, à Gottembourg, à

(1) Voyez pour cet historique : *Encyclopédie d'hygiène*, t. IV, p. 60.

Bergen, à Copenhague ; il s'en est formé cinq ou six en Amérique, au Brésil, à Buenos-Ayres et enfin il en existe un à Tokio au Japon. C'est même le moins dispendieux. L'opération, qui dure trois heures, ne coûte que 1 fr. 50 et on peut s'y procurer une urne cinéraire très convenable pour 50 centimes. Nous n'en sommes pas encore là en Europe.

La France n'a pas mis son empressement habituel à s'emparer de cette innovation. Bien qu'elle en ait pris l'initiative au siècle dernier, elle a réfléchi douze ans avant d'entrer dans la voie tracée par l'Italie. La Société française de crémation ne date que du Congrès de Turin et le premier four a été construit à Paris aussitôt après la promulgation de la loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles, laquelle a rendu la crémation facultative, en autorisant les citoyens à choisir leur mode de sépulture.

Le crématoire établi au cimetière de l'Est a coûté 245,975 francs. On est en train de le compléter par la construction d'un grand hall servant de salle d'attente et d'un *columbarium* consistant en un mur le long duquel seront établies 738 cases avec des portiques abris. Le premier appareil installé au crématoire était un four Gorini semblable à celui de Milan, mais fonctionnant d'une manière moins prompte et plus dispendieuse. En 1889, on l'a remplacé par l'appareil Toisoul et Fradet, dans lequel la combustion s'opère à l'aide de l'oxyde de carbone qu'on obtient en chauffant du coke et est activée par des courants d'air chaud (1). L'incinération met en moyenne une heure à s'accomplir. Deux ans après, la ville, trouvant qu'un seul four était insuffisant, en a fait placer un second dans le crématoire, et cet appareil perfectionné a été construit sur le modèle Fichet et inauguré le 19 janvier 1891. Il opère la crémation en quinze minutes de moins que l'autre.

Le crématoire du Père-Lachaise est le seul qui existe encore en France. La ville y fait brûler les cadavres non réclamés dans les hôpitaux, les débris d'amphithéâtre, les embryons ayant moins de quatre mois et les corps des personnes ayant manifesté le désir d'être incinérées. Cette catégorie n'augmente pas d'une manière sensible, malgré l'ardente propagande que fait la société de crémation, malgré les facilités de tout genre que la ville offre aux familles pour les engager à user de son crématoire, et malgré les travaux du comité de perfectionnement institué par le préfet de la Seine au mois de janvier 1892, à l'instigation du conseil municipal.

Du 31 janvier 1889 au 31 décembre 1893, il n'y a eu au Père-Lachaise que 18,734 crémations dont 18,106 ont porté sur les sujets non réclamés, les débris d'amphithéâtres et les embryons. 638 seulement ont eu lieu à la demande des familles. Cela fait une moyenne de 160 par an. La proportion a quelque peu augmenté sous l'influence de la propagande dont je parlais tout à l'heure. De 121 incinérations enregistrées de ce chef en 1890, on a passé à 175 en 1893 ; mais si l'on songe qu'il y a en moyenne, à Paris, 54,566 décès par an, sans compter ceux des hôpitaux, le résultat le plus net c'est que sur 10,000 personnes qui meurent il n'y en a que 32 qui demandent à se faire incinérer. Cela ne vaut véritablement pas la peine de s'être mis en si grands frais.

(1) L'appareil Toisoul et Fradet est décrit et figuré dans l'*Encyclopédie d'hygiène*, t. III., p. 79.

Il nous reste maintenant à apprécier cette coutume au point de vue des avantages que l'hygiène peut en retirer. Il est bien certain d'abord qu'elle n'a aucune objection à lui opposer. Avec les appareils perfectionnés dont on se sert aujourd'hui, l'incinération ne peut ni compromettre la salubrité publique ni devenir une cause d'incommodité pour le voisinage, puisqu'elle s'opère dans les cimetières et loin des habitations. Elle offre même, il faut en convenir, des garanties plus complètes que l'inhumation contre les germes des maladies infectieuses. On a toutefois considérablement amplifié ce dernier avantage dans l'intérêt de la cause. Je compte revenir un jour sur la question des cimetières, de leur insalubrité prétendue et des dangers qu'ils peuvent faire courir ; aujourd'hui, je ne m'attaque pas à cette légende et je me borne à affirmer, sauf à le démontrer dans un autre article, que les cimetières, avec les précautions qu'on y prend aujourd'hui, ne sont pas un danger pour la santé publique et qu'il est sans exemple qu'une épidémie soit sortie de leur enceinte. L'hygiène n'exige donc pas leur suppression, comme on l'a dit, lors de la polémique à laquelle nous avons fait allusion.

Si la crémation ne présente pas d'inconvénients au point de vue de la santé publique, il n'en est plus de même si on l'envisage, au point de vue social. Assurément, tant qu'il ne s'agira que de quelques incinérations isolées, ces inconvénients pourront être considérés comme nuls ; il n'en serait plus de même si la méthode venait à se généraliser. En premier lieu, elle est plus dispendieuse que l'inhumation. On est arrivé aujourd'hui à réduire notablement la dépense de l'opération en elle-même. De 100 francs qu'elle coûtait dans le principe, elle est tombée à 30, mais les frais généraux sont considérables. La construction des monuments, l'entretien des fours, le personnel qu'ils exigent et le prix des urnes funéraires, tout cela coûtera toujours bien plus cher que les bières et que la main-d'œuvre nécessaire pour creuser les fosses. Le crématoire de Paris a coûté, comme nous l'avons dit, 245,975 francs, sans compter les développements qu'on est en train de lui donner. Les frais d'exploitation s'élèvent par an à 45,200 francs, qui joints à l'intérêt des fonds de premier établissement font un total de 57,558 fr. 75. En faisant abstraction des crémations que la ville fait pour son compte et qui ne lui rapportent rien du tout, cela fait qu'en réalité chaque crémation réclamée par une famille coûte au budget municipal 350 francs et comme elle n'en réclame que 50 pour les trois dernières classes, c'est une perte sèche de 300 francs par opération. Il est vrai qu'elle économise les frais d'inhumation de ses débris d'amphithéâtre ; mais cela lui coûterait si peu de chose !

La méthode de l'incinération est donc dispendieuse ; mais elle a un autre inconvénient sur lequel on a beaucoup plus insisté ; elle ne permet pas les recherches que la justice peut avoir à faire après décès. « Elle détruit, dit « M. Brouardel, (1) toutes les substances toxiques d'origine organique et de « plus l'arsenic, le phosphore et le sublimé, c'est-à-dire les poisons qui « sont le plus fréquemment employés. Par suite, les criminels pourront « trouver, dans la crémation, une sécurité qu'ils ne rencontrent pas dans

(1) P. Brouardel, la crémation dans les cimetières de Paris. Rapport du Conseil d'hygiène publique et de salubrité, lu et adopté dans la séance du 17 août 1883.

« les procédés actuels d'inhumation et qu'il importe de ne pas leur assu-« rer, car elle serait, pour les populations, une source de dangers plus « graves que l'insalubrité reprochée aux cimetières. »

Il est une troisième raison qui doit porter à ne pas désirer que la crémation se généralise, c'est que les corps de ceux qui ne sont plus, représentent, dans un grand pays, une somme énorme de matière organique dont les éléments ont été puisés dans le sol et qu'il faut lui rendre sous peine de l'appauvrir. Il y a sans doute quelque chose de pénible à considérer notre dépouille mortelle comme un engrais ; mais ce sont là des répugnances dont l'hygiène ne doit pas tenir compte.

Les partisans de la crémation, dans leur zèle, ne se sont pas préoccupés d'une difficulté matérielle par laquelle ils se trouveraient arrêtés, si la crémation devenait la méthode générale de destruction des corps, au lieu de n'être que la très rare exception ; c'est l'encombrement forcé des lieux de sépulture.

On est en train, ai-je dit, de construire, au Père-Lachaise, un *columbarium* contenant 738 cases avec un portique-abri. Admettons que chaque case avec son portique ne couvre qu'un mètre de surface, si sur les 54,566 personnes qui meurent par an, à Paris, il s'en faisait brûler 50,000, il faudrait 5 hectares de terrain par an pour recevoir leurs restes, et, comme il n'y a plus dans les dix-neuf cimetières de Paris qu'une centaine d'hectares qui soient encore disponibles, il y en aurait à peine pour vingt ans. On aurait, il est vrai, la ressource de retirer les urnes du columbarium et de les enfouir au bout d'un certain nombre d'années, mais cela ne remplirait pas le but qu'on se propose.

En somme, il faut laisser à tout le monde la liberté de se faire incinérer, si bon lui semble ; il faut donner toute les facilités possibles aux sociétés de crémation pour établir leurs fours dans les cimetières ; il y a quelqu'avantage à détruire par le feu les débris d'amphithéâtres et les détritus de toute sorte ; mais l'hygiène n'exige pas qu'on encourage cette pratique et il n'est pas à désirer quelle prenne trop de développement.

Il nous resterait à parler de la crémation en temps d'épidémie et de son application sur les champs de bataille, mais cela nous entraînerait trop loin et nous nous réservons d'y revenir plus tard, lorsque nous nous occuperons des inhumations et des mesures d'hygiène qu'elles comportent.

Jules Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Un cas de typhus exanthématique

M. Netter lit, au nom de M. Dupuy, de Saint-Denis, l'observation d'un cas isolé de typhus que ce dernier a observé au mois de décembre dernier. Le malade venait de Beauvais ; or, dans cette ville, il avait logé dans un hôtel où, au mois de novembre, s'étaient produits trois cas de choléra et un cas de typhus.

L'évolution de la maladie ne présenta rien de remarquable dans le cas de M. Dupuy, et, entré à l'hôpital le 20 décembre, le malade en sortit complètement guéri le 21 janvier. Mais cette observation prouve qu'en dehors des épidémies, il est prudent d'exercer toujours une surveillance attentive, au point de vue de l'hygiène publique, sur les endroits où s'arrêtent et logent les vagabonds.

Puissance tératogène ou dégénérative des alcools dits supérieurs.

M. Féré a déjà signalé l'influenee des vapeurs d'alcool sur l'incubation de l'œuf. Voulant comparer les différents alcools au point de vue de leur valeur tératogène, il a modifié ses expériences; et au lieu d'exposer les œufs aux vapeurs de ces alcools, il les a injectés dans l'albumen.

On produit bien ainsi une légère coagulation de l'albumine, mais M. Féré s'est assuré, en provoquant des coagulations équivalentes par l'introduction d'une aiguille rougie au fen, qu'il n'en résulte pas de troubles du développement, du moins dans les premiers jours.

Voici les conclusions que M. Féré a pu tirer de ses expériences :

1° A des doses faibles, l'alcool éthylique peut être presque inoffensif;

2° Les alcools propylique, butylique, amylique, sont progressivement plus nuisibles;

3° Les iso-alcools sont plus nuisibles que les alcools correspondants.

Ces résultats diffèrent sur quelques points des conclusions de Rabuteau, de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, relatives au point de vue toxicologique, mais elles concordent sur le point le plus important : tous les alcools supérieurs sont plus nuisibles que l'alcool éthylique.

Ces faits nouveaux paraissent particulièrement intéressants au point de vue de la dégénérescenee dans la descendance des alcooliques.

Nature de la maladie de Basedow.

M. Marie. — Les phénomènes qui se produisent sous l'influence du traitement thyroïdien rappellent quelques-uns des traits de la maladie de Basedow : tachycardie, élévation de la température, insomnie, agitation, polyurie, albuminurie, paraplégie incomplète, sensation de chaleur, sudation exagérée, diarrhée.

Ce fait vient à l'appui de la théorie de Gauthier de Charolles et de Mœbius, soutenue par Renaut (de Lyon), qui pensent que la cause directe de la maladie de Basedow résulte d'un trouble du corps thyroïde : défaut de fonctionnement, d'apràs Gauthier, ou plutôt, fonctionnement exagéré, d'après Mœbius.

Ce qui vient encore à l'appui de la théorie de Mœbius, c'est l'inutilité du traitement thyroïdien dans le goitre exophtalmique (Horsley), ou même l'aggrevation de cette affection par ce même traitement (Canter, de Liège).

M. Marie pense donc, lui aussi, que certains symptômes de la maladie de Basedow doivent être attribués à une exagération fonctionnelle du corps thyroïde. Toutefois la cause première de l'affection doit être cherchée dans un trouble du système nerveux, probablement du grand sympathique. Sous l'influence de ce trouble nerveux il se produirait un fonctionnement exagéré de la glande thyroïde, et une « hyperthyroïdisation » de l'organisme.

Les arguments qui confirment cette manière de voir sont les suivants :

1° Dans aucun cas de myxœdème auxquels on a appliqué le traitement thyroïdien, même d'une façon intensive, on n'a vu se produire d'exophtalmie ni de signe de Graefe. L'hyperthyroïdisation seule semble donc insuffisante à déterminer l'apparition de ce symptôme. D'autre part, dans le cas de maladies de Basedow traites chirurgicalement,

soit par la ligature des carotides, soit par l'ablation du corps thyroïde, on voit l'exophtalmie persister (3 cas de Dreesman, 1 cas de Sprengel).

Ce symptôme est donc indépendant de l'action du corps thyroïde. Dans certains cas, cependant, la thyroïdectomie a pu le faire disparaître.

2° La théorie de l'origine thyroïdienne de la maladie de Basedow s'accorde mal avec les faits de production brusque de cette affection, par exemple à la suite d'une émotion vive. L'intervention du système nerveux et plus particulièrement du système sympathique expliquent l'exagération rapide de la sécrétion thyroïdienne.

3° MM. Barié, Joffroy ont montré la fréquence remarquable du goître exophtalmique dans le tabès. Ne pourrait-on rapprocher ce fait de cet autre, signalé également dans le tabès, à savoir l'hypersécrétion de diverses glandes : sialorrhée, gastrorrhée, flux intestinal, hypersécrétion urinaire?

Il semble donc presque démontré que certains symptômes du goître exophtalmique sont dus à une hyperthyroïdisation de l'organisme, consécutive elle-même à des troubles nerveux encore peu connus.

Au point de vue pratique, il est un traitement dont les indications semblent indéniables : c'est la thyroïdectomie, par laquelle, en supprimant tout ou partie de la glande thyroïde, on s'oppose à l'hyperthyroïdisation de l'organisme. C'est au professeur Tillaux que revient l'honneur d'avoir le premier opéré et guéri ainsi deux malades présentant le symptôme Basedowien. Depuis lors les observations se sont multipliées. Voici une statistique récente due à Putnam : sur 41 cas, 34 guérisons 4 morts, 2 fois tétanie consécutive, 1 fois aucune modification.

M. Marie ne veut pas déterminer quelle méthode chirurgicale doit être employée de préférence : énucléation, excision, ligature des artères thyroïdiennes, injections iodées, exothyropexie de Poncet; mais étant donné que le plus souvent le médecin ne peut rien contre les cas graves de groitre exophtalmique, il ne faut pas hésiter à recourir à une intervention chirurgicale qui jusqu'à présent a donné des résultats favorables dans plus de 80 0/0 des cas.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Le chloralose. — Nouveau traitement des abcès du conduit auditif externe

Dans une de ses dernières séances, la Société de thérapeutique entendait avec intérêt une communication de M. Bardet relatant deux cas d'empoisonnement par le chloralose. Dans un de ces cas, une vieille femme, après avoir pris 0,75 de chloralose, eut pendant trois heures des tremblements des membres, de la dyspnée, du délire, etc. Dans l'autre cas, il s'agit d'un enfant chez lequel 0,75 centigrammes de chloralose provoquèrent, il est vrai, d'abord le sommeil, mais ensuite des grincements de dents, des convulsions cloniques, sans, du reste, que ces accidents aient fait cesser le sommeil.

Marigliano a vu se produire, consécutivement à l'usage du chloralose, des troubles divers de la motilité, tremblements, spasmes cloniques, convulsions épileptiformes.

M. Talamon (1) a observé chez deux de ses malades, des accidents de ce genre. Le premier malade était âgé de 50 ans, goutteux et albuminurique ; il prenait chaque jour 0,50 du médicament en deux cachets et en obtenait un bon effet hypnotique. Mais, au bout de huit jours, cet homme remarqua que le matin ses mains étaient agitées d'un tremblement convulsif qui durait jusqu'à onze heures ou midi et tout en s'atténuant au

(1) *Médecine moderne*, 1894, n° 8.

milieu du jour, le gênait encere pour écrire. On ne réussit pas à supprimer le tremblement en abaissant la dose et il fallut remplacer le chloralose par le sulfanol pour le faire cesser.

Dans le second cas de M. Talamon, il s'agissait d'une femme âgée de 68 ans, non hystérique, qui ayant absorbé un cachet de chloralose de 0,75 centigrammes, présenta de l'agitation, des tremblements, des secousses convulsives de la figure, des contractures passagères des bras et des jambes. Quelques gouttes d'éther suffirent à calmer la malade qui ne se rappelait de rien au réveil. Elle avait eu une ivresse comparable à l'ivresse chloralique.

M. Lebon a vu une agitation considérable avec soubresauts musculaires, grincements de dents, survenir chez une jeune fille de 20 ans, à laquelle on avait donné 0,60 centigrammes de chloralose en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Au réveil la malade avait un violent mal de tête et une amnésie qui persista pendant toute la journée. Cette jeune fille était nerveuse, mais n'avait cependant aucun symptôme d'hystérie. MM. P. Marie et Marigliano avaient déjà observé des faits qui les avaient conduits à admettre que le chloralose peut réveiller les névropathies latentes ; dans le cas de M. Lebon, il aurait mis en évidence une hystérie en puissance.

M. Morel-Lavallée a publié, de son côté, deux observations d'accidents causés par le chloralose (1). Ces observations montrent que le médicament peut produire une action vaso-motrice rubéfiante sur la peau, une espèce d'ivresse avec tremblement et des troubles secrétoires spasmodiques et peut être secrétoires. M. Villeprand a recueilli une observation où outre le tremblement et l'état psychique particulier, il y eut du trismus. Enfin, nous avons encore à signaler un fait de Williams dans lequel il y eut un vrai délire maniaque (2).

Cependant, il ne faudrait pas croire que le chloralose est un médicament véritablement dangereux, car on en a donné des doses très fortes sans provoquer d'accidents et M. Féré a pu en donner jusqu'à 2 gr. 25 en une seule nuit (1). Les accidents que nous avons rapportés plus haut doivent faire considérer ces doses considérables comme contre-indiquées et on pourra suivre, lorsque l'on prescrira le médicament, la pratique de M. Landouzy. Dose minima *pro noctu* 0,20 centigrammes ; dose courante, 0,30 centigrammes. Parfois, on peut aller à 0,40 *pro noctu*, en deux doses ; 0,20 dans la première partie de la nuit, vers onze heures du soir, trois heures au moins après le dîner ; 0,20 donnés dans la seconde moitié de la nuit, quand la première dose n'avait procuré qu'un court sommeil. Très exceptionnellement on pourrait aller à 0,60, dont 0,30 à onze heure et 0,30 vers 3 heures du matin.

Des doses même très faibles ne mettront pas à l'abri de tout accident et il faudra toujours compter avec l'idiosyncrasie des malades, mais on pourra néanmoins prescrire le chloralose surtout chez les cardiaques, car il est chez ces malades bien préférable au chloral.

Le chloralose est à la fois hypnotique et analgésique ; il supprime la sensation de la douleur même à des doses insuffisantes pendant le sommeil, 0,20 dans un cas de M. Chouppe. Beaucoup d'auteurs ont montré les effets des médicaments chez les aliénés.

M. Courtade a conseillé un nouveau mode de traitemement des abcès du conduit auditif externe. Il introduit dans le conduit un tube de caoutchouc qui est la fois un drain et un dilatateur permanent, et cette pratique soulage beaucoup les malades ; les

(1) *Bulletin médical*, 1894, n° 11.
(2) *The fractitioner*, février 1894.
(3) Société de biologie, 3 mars 1893.

douleurs si vives causées par les furoncles ou les abcès folliculaires disparaissent presque aussitôt. De plus, le tubage permet de faire des injections sans refouler le pus vers l'intérieur du conduit. La dilatation continue produite par le tube fait disparaître l'infiltration qui accompagne l'abcès. Plus tard on peut retirer le tube et tamponner le canal avec de la gaze iodoformée ou faire des badigeonnages avec le salol camphré. Si l'on a affaire à un abcès ayant débuté profondément dans l'épaisseur des parties molles qui entourent le conduit, le tubage n'est pas indiqué avant la localisation de l'inflammation.

VARIA

Il est toujours agréable de constater la prospérité des différentes sociétés médicales, aussi, nous faisons-nous un plaisir de montrer, par quelques passages du compte rendu annuel de M. le docteur Ducor, l'état florissant de la Société médicale du XVIIe arrondissement :

« La Société médicale du XVIIe arrondissement a vu, a dit notre confrère, pendant l'année qui vient de s'écouler, s'accentuer sa prospérité matérielle et morale. »

Et il cite les nouveaux collègues qui sont devenus membres dans le cours de 1893 : MM. Boichox, Bougan, Desnos, Dluski, Ehrhardt, Lannes, Maubrac.

« En séance de commission, nous avons examiné la question des sociétés de secours mutuels. Récemment, M. Vignes nous proposait de protester contre les termes du rapport signé par le ministre de l'intérieur.

M. le ministre « regrette qu'une certaine partie du corps médical manifeste une tendance à la coalition contre les traités en usage entre les médecins et les sociétés de secours mutuels », c'est-à-dire qu'il appelle l'attention malveillante du public sur les efforts des médecins qui ont le tort de s'associer pour défendre leur droit à l'existence ; il « espère que cette tentative émanée de membres d'une corporation, qui jouit déjà d'un monopole, n'aura pas de suites!!! »

A vous de décider s'il convient au corps médical d'accepter sans mot dire ces appréciations, de subir sans nous défendre toutes les charges dont on nous accable, de voir augmenter le chiffre de nos patentes, tandis que, de concessions en concessions, on nous demande, au prix d'une rétribution insuffisante, de nous épuiser en faveur d'associations composées en grande partie de membres qui sont loin d'être indigents. Au 1er janvier 1892, il y avait en France 9,414 sociétés de secours mutuels comptant 1,436,366 membres, et possédant 173,472,411 francs, près de deux cents millions de francs à l'heure actuelle.

Si le dévouement et l'abnégation sont, comme on l'a dit avec raison, les devoirs essentiels de tout médecin digne de ce nom, si nous sommes toujours prêts à donner sans compter et de toute façon aux véritables pauvres, il ne s'ensuit pas que l'exercice de la profession ne doive être qu'un leurre et une duperie.

Pour les médecins du bureau de bienfaisance, injustement attaqués dans un autre travail administratif, nous nous sommes empressés de transmettre à M. le docteur Billon notre adhésion à la protestation formulée par la Société médicale de Bienfaisance, nous engageant à nous opposer à l'exploitation croissante du médecin, qui paraît véritablement taillable et corvéable à merci.

A ce propos, nous n'avons pas cru devoir nous associer à la proposition du Conseil général des sociétés d'arrondissement, demandant qu'une rétribution soit allouée au médecin pour chaque cas de déclaration obligatoire de maladie contagieuse. Cette rétribution, si elle était accordée, serait certainement d'un chiffre plus que modeste et

consacrerait désormais, sans compensation acceptable, la domestication définitive du corps médical.

Etudiant avec grand soin la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, nous pouvons prévoir certaines circonstances de cette déclaration (imposée seulement au médecin traitant), au point de vue de notre responsabilité, non seulement vis-à-vis de l'autorité, mais aussi vis-à-vis du client, et parfois vis-à-vis des tiers.

Un de nos collègues de la Société en a déjà fait la triste expérience. Constatant une scarlatine chez un de ses clients, il s'empresse, conformément à la loi, qu'il croyait dès à présent applicable, de faire connaître à l'administration l'existence d'une maladie contagieuse. L'autorité prend telles mesures qui lui paraissent indiquées, et... notre confrère reçoit une lettre par laquelle son client le prie de cesser immédiatement ses visites, voulant, dit-il, un médecin pour lui donner ses soins et non pour faire un rapport sur ce qui se passe chez lui. Le diagnostic de notre collègue était exact ; mais en cas d'errreur, lorsque nous déclarons, par exemple, une diphtérie, alors qu'il s'agit d'une angine banale, nous sommes exposés non seulement à perdre un client grincheux, mais à être de sa part l'objet de poursuites en dommages et intérêts, qui n'auraient pas, d'ailleurs, chance d'aboutir, mais qui n'en seraient pas moins désagréables. »

Passant alors aux questions médicales proprement dites, M. Ducor continue :

« Une discussion très intéressante s'est engagée, à propos du procédé d'anesthésie mixte par le chloroforme et le bromure d'éthyle, imaginé par M. Poitou-Duplessy. La partie originale du procédé consiste dans l'emploi du cornet de la marine modifié, et dans l'établissement de l'anesthésie d'une façon très rapide, avec suppression de la période d'excitation, grâce à l'usage, au début, d'une petite quantité de bromure d'éthyle, auquel est ensuite substitué le chloroforme.

S'il m'est permis de parler de ma collaboration, je rappellerai que j'ai exposé la technique de la médication créosotée intensive de la tuberculose au moyen des appareils de Burlureaux, plus ou moins modifiés, lesquels permettent d'injecter par heure 20 ou 25 grammes d'huile créosotée, généralement au quinzième. J'ai fait connaître la tolérance variable des malades dont certains absorbent jusqu'à 100 grammes en 24 heures, ce qui constitue pour eux un signe très favorable au point de vue du pronostic de la curabilité; d'autres malades, avec de faibles doses, manifestent des signes d'intolérance : goût rapide de créosote dans la bouche après l'injection, coloration foncée des urines, abaissement de la température, angoisse précordiale plus ou moins marquée; ceux-ci peuvent parfois devenir plus tolérants, mais en général cette difficulté de supporter la médication assombrit le pronostic. Cette communication a amené MM. Jasiewicz et Dluski à nous faire connaître les heureux résultats qu'ils ont obtenus par l'emploi de la créosote en suppositoires et en lavements.

J'arrive à une dernière communication, celle de M. Longo, qui, considérant un logement comme un lieu clos, nous demandait d'adresser aux pouvoirs publics le vœu suivant : « Tout lieu d'habitation devra avoir une capacité minima de cent mètres cubes pour chaque unité humaine, avec capacité minima de cinquante mètres cubes par pièce. » Cette proposition n'a pas été acceptée par votre commission. »

M. Ducor termine son discours en remerciant MM. Poitou-Duplessy et Henocque de leur collaboration et remercie ses collègues de lui avoir continué son mandat de secrétaire général et de lui avoir donné une marque de confiance dont il sent tout le prix et tout l'honneur.

BIBLIOTHÈQUE

M. le professeur F. Terrier vient de publier, avec le concours de M. le Dr Péraire, un manuel essentiellement pratique destiné aux chirurgiens.

Sous le titre : *Petit manuel d'anesthésie chirurgicale*, MM. Terrier et Péraire passent en revue les différents procédés d'anesthésie, soit *locale*, soit *générale*. Ils exposent les tentatives faites par les chirurgiens pour obtenir un résultat satisfaisant par l'usage des agents anesthésiques, décrivent minutieusement le mode d'emploi de ces agents et examinent leurs avantages et leurs dangers. Enfin, ils insistent sur les moyens employés pour éviter les accidents dus aux anesthésiques et pour remédier à ceux-ci, le cas échéant.

Ce volume, avec le *Petit Manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales* des mêmes auteurs, récemment publié, constitue un guide indispensable à tous les chirurgiens quels que soient les opérations à faire et le mode opépatoire préféré par chacun d'eux. (1 vol. in-12 avec 37 gravures dans le texte, en élégant cartonnage anglais, 2 francs. Félix Alcan éditeur.)

COURRIER

Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le professeur Delacour est maintenu dans les fonctions de directeur de l'Ecole.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le professeur Delabost est maintenu dans les fonctions de directeur de l'Ecole.

Ecole de médecine de Tours. — M. Fauré est institué suppléant de la chaire de pharmacie en matière médicale.

Hopitaux de Paris. — MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, *dans les formes ordinaires*, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1894.

Les cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le mardi 27 février, à 2 heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 ; — de 1re année et à MM. les internes provisoires, le mercredi 28 février, à 4 heures ; à MM. les élèves externes de 3e et 2e année (première moitié de la liste), le vendredi 2 mars, à 1 h. 1/2 ; — de 2e année (deuxième moitié de la liste), le samedi 3 mars, à 1 h. 1/2 ; — de 1re année (première moitié de la liste), le lundi 5 mars, à 1 h. 1/2 ; deuxième moitié de la liste, le mardi 6 mars, à 1 h. 1|2.

— M. le docteur Voisin est nommé médecin du Dépôt et de la Conciergerie. M. le docteur Floquet, médecin du Palais de Justice, médecin adjoint. M. le docteur Le Coin, médecin adjoint. M. le docteur Floquet sera chargé du service des consultations.

Ecole du service de santé militaire de Lyon. — *Concours d'admission en* 1894. — Ce concours s'ouvrira le 9 juillet 1894.

Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant au moins quatre inscriptions de doctorat et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat. Ils doivent justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français, et qu'ils ont eu, au 1er janvier de l'année du concours, moins de vingt-deux ans.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves. Les élèves entrants font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la 4e division, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Les épreuves écrites auront lieu, les 9 et 10 juillet, dans les villes suivantes : Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris (le 20 août), à Lille (le 24 août), à Nancy (le 28 août), à Lyon (le 1er septembre), à Montpellier (le 6 septembre), à Toulouse (le 10 septembre), à Bordeaux (le 14 septembre), à Rennes (le 19 septembre).

Le registre d'inscription sera ouvert du 1er au 25 juin 1894 dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées par les parents ou tuteurs des candidats.

Hopital de la Charité (service d'accouchement). Enseignement obstétrical clinique et théorique (1893-1894).

Enseignement clinique. — M. le docteur P. Budin, chef de service, tous les jours, à neuf heures.

Tous les jeudis, à dix heures et demie : leçon clinique à l'amphithéâtre Velpeau, à partir du jeudi 8 mars.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires. — M. le docteur Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. Leçons : les mardis, jeudis, samedis à cinq heures. (Amphithéâtre Velpeau). Ouverture du cours de M. Bonnaire, le samedi, 10 mars.

Conférences, par M. le docteur Legry, chef de laboratoire du service.

— Le professeur Zakharin, de Moscou, qui a soigné l'empereur de Russie pendant sa dernière maladie, est célèbre par ses excentricités.

Quand il entre dans une maison, toutes les portes doivent être largement ouvertes, toutes les pendules arrêtées, tous les chiens écartés de son chemin et à l'attache.

En entrant, il procède à un déshabillement graduel ; il quitte ses fourrures dans l'antichambre ; son pardessus dans la chambre suivante ; ses galoches dans une autre pièce, ses gants dans la quatrième, et ainsi de suite.

Il réclame un silence absolu de la part du malade et de sa famille ; on ne doit répondre qu'à ses questions et seulement par oui et par non.

Sa crainte de tout surmenage touche presque à la monomanie. Il est l'auteur d'une théorie de l'hypertrophie idiopathique du cœur, qui est pour lui une règle de vie. Sa maxime favorite est qu'il faut se reposer avant de se fatiguer. Et, conformément à cette maxime, il s'assied tous les 7 ou 8 pas.

Zakharin n'en est pas moins, depuis la mort de Botkin, le premier médecin de la Russie. On estime à cinq millions de roubles la fortune qu'il a acquise dans l'exercice de son art.

Jamais il ne fait une prescription — à moins d'extrême urgence — avant de connaître à fond toute l'histoire du malade, son passé, son mode de vie, ses habitudes, son régime, sa société habituelle ; il soumet souvent son patient à un examen de deux à trois heures.

Zakharin est maintenant âgé de 65 ans ; il est professeur de clinique médicale à l'Université de Moscou depuis 35 ans.

(*Médecine moderne.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier

—

L'Iritis syphilitique

Messieurs

L'iritis est la plus commune de toutes les ophtalmies syphilitiques. Cela ne veut pas dire qu'elle soit très fréquente et, du reste, il est impossible d'établir sa fréquence absolue. Cela tient à ce que nous, qui soignons les syphilitiques, sommes loin de voir tous les cas d'iritis causés par la vérole, un grand nombre de malades allant trouver les oculistes. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que c'est une affection précoce, qui se montre, dans le cours de la vérole, beaucoup plus tôt qu'on ne le croirait. Elle frappe les syphilitiques dans la première année, dans le premier semestre même, au quatrième, au troisième mois. On ne sait du reste pourquoi, dans certains cas, la vérole frappe l'œil plutôt que tout autre organe ; cependant on a vu que l'iritis était plus commune chez l'homme que chez la femme (10 hommes pour 1 femme) ; qu'elle se produisait plus facilement chez les malades dont l'œil est irrité, qui travaillent dans des conditions fatigantes pour la trouvé. Enfin, on a aussi invoqué l'impression du froid. Il est possible que telle ou telle de ces causes ait un rôle actif dans un cas donné, mais le plus fréquemment il est impossible de trouver la raison pour laquelle l'œil est frappé.

L'iritis indique en général une mauvaise vérole, elle se montre dans les cas où les manifestations cutanées sont intenses, dans ceux où il se produit des syphilides papulo-tuberculeuses confluentes. Du reste, la manifestation oculaire existe aussi dans des cas moyens ou bénins.

Nous pouvons donc résumer ce que nous venons de développer en disant : l'iritis syphilitique est un phénomène précoce de la vérole ; — elle se montre en général dans les syphilis graves.

Il est d'une extrême importance de reconnaître de bonne heure l'iritis syphilitique, car alors on peut la guérir rapidement et éviter au malade des accidents graves. Mais les signes du début sont peu marqués, n'ont aucun caractère effrayant et l'affection s'installe lentement, sans bruit, parfois d'une façon entièrement latente ; bref, il n'y a d'abord rien d'alarmant. Le malade a l'œil un peu rouge et se plaint de quelques légères douleurs ; il attribue ces symptômes à un coup d'air et ne s'en préoccupe pas.

A cette période, trois signes d'une grande importance permettent déjà d'affirmer l'existence d'une iritis syphilitique.

En première ligne, se place l'injection périkératique. L'œil rougit d'une façon particulière ; cette rougeur est formée par une série de rayons qui partent de la circonférence de la cornée et constituent une sorte de zone d'aspect tout à fait spécial. Elle est due à l'injection des vaisseaux ciliaires qui vont à l'iris ou en sortent.

Le second signe avertisseur est le rétrécissement de la pupille. C'est un

myosis inflammatoire. Au lieu de voir la pupille avec ses dimensions normales, on la trouve resserrée, rétrécie, déjà petite. Cela veut dire hypérémie ; cela veut dire inflammation de l'iris.

Enfin la parésie ou même l'immobilité de la pupille constitue le dernier de ces symptômes du début. Chez un sujet normal, quand on ferme la paupière pendant quelque temps et qu'on la rouvre brusquement, on trouve la pupille très dilatée, puis elle se contracte rapidement dès que la lumière pénètre dans l'œil. Lorsque l'on pratique la même manœuvre sur un œil atteint d'iritis syphilitique, on observe en relevant la paupière que la pupille n'est que peu dilatée ; de plus, elle ne se rétrécit ensuite que progressivement et lentement. C'est une pupille paresseuse.

Parfois même il n'y a pas de changement dans sa dimension quand on ferme l'œil pour le rouvrir ensuite. Cela tient à ce que les mouvements de l'iris sont gênés ou empêchés par les exsudats inflammatoires qui infiltrent sa trame ; on peut dire que les mouvements de la membrane sont en quelque sorte figés.

Voici les trois signes du début sur lesquels je tenais à attirer votre attention ; chacun d'eux pris isolément est significatif, à plus forte raison lorqu'ils sont réunis ils permettent d'affirmer l'iritis à une époque où il est possible d'enrayer facilement l'évolution de la maladie.

Lorsque l'iritis est entièrement développée, elle entraîne l'apparition de troubles fonctionnels et de signes locaux que nous devons maintenant décrire.

Les signes fonctionnels sont relativement peu importants. Les douleurs sont très variables ; certains malades souffrent peu ou même ne se plaignent de rien, tandis que d'autres ont de la photophobie, du larmoiement, des névralgies ciliaires ou de la cinquième paire. Tantôt la vue reste claire, tantôt elle se trouble plus ou moins ; cela tient au développement plus ou moins grand des exsudats dans le champ pupillaire ; s'ils sont peu abondants, le malade ne se plaint que d'un léger trouble, d'un brouillard qui lui voile les objets ; si l humeur aqueuse se trouble, la vue est beaucoup plus gênée, enfin il peut y avoir une véritable amblyopie lorsque la pupille est encombrée par les exsudats.

Les signes objectifs ont une bien plus grande valeur et ils sont au nombre de cinq.

La rougeur, dont nous parlerons tout d'abord, offre les mêmes caractères que celle du début ; c'est une injection zonulaire péri-kératique ; quelquefois il y a un peu d'œdème conjonctival ou un léger chémosis dans les cas graves. La pupille est immobile ; elle est petite, resserrée, contractée, fixée par les exsudats inflammatoires et, pour répéter un mot bien expressif, figée.

La déformation de la pupille est aussi très remarquable et devient très évidente quand elle est dilatée à la suite de l'instillation de quelques gouttes d'atropine. Au lieu d'être ronde, elle prend la forme d'un huit de chiffre, d'un cœur de cartes à jouer, d'un trèfle, d'un croissant ; ou enfin, ses contours irréguliers, défient tout e description. Ce qui explique ces déformations, ce sont les adhérences qui s'établissent entre l'iris et la cristalloïde antérieure ; alors, quand on dilate artificiellement la pupille, elle

obéit sur certains points à l'agent mydriatique, tandis qu'en d'autres elle est retenue.

Le ponctué pigmentaire qui se dépose sur la face extérieure du cristallin est aussi très remarquable ; ce sont de petites traînées noirâtres provenant de l'uvée. L'inflammation entraîne des adhérences entre la partie postérieure de l'iris et la pupille et lorsqu'on instille de l'atropine et que les adhérences se déchirent, il reste des lambeaux d'uvée.

Il nous faut maitenant signaler le changement de couleur de l'iris ; quand il est malade, sa teinte se modifie et cette modification tient à l'addition de la couleur de l'exsudat à la couleur normale de la membrane, elle devient plus glauque, plus foncée, moins roussâtre.

Les exsudats qui se produisent sur l'iris sont d'une grande importance pour le diagnostic. Lorsqu'ils sont peu développés, on observe un soulèvement papuloïde, étalé, comparable à une papille lenticulaire de la peau. A un degré de plus, on a une véritable tumeur irienne, petite, de la grosseur d'une demi-tête d'épingle, d'un demi-grain de millet, hémisphérique, un peu jaunâtre, quelquefois légèrement rougeâtre. Ces productions sont des syphilomes de l'iris, on l'a dit depuis longtemps. Ricord et son élève Melchior Robert avaient comparé les altérations de l'iris dans la syphilis aux altération de la peau : pour eux, aux érythèmes cutanés correspondaient ceux de l'iris ; aux tubercules de la peau, les gommes de l'iris. L'histologie n'a fait que confirmer ces vues, et l'examen de petites tumeurs iriennes enlevées par l'iridectomie a montré qu'il s'y trouvait les même éléments que dans les syphilides de la peau.

L'iritis syphilitique n'est donc qu'une syphilis irienne avec quelques symptômes inflammatoires.

Les symptômes de la maladie que nous venons de décrire revêtent une allure variée et on observe tous les intermédiaires entre les formes légères et les formes graves, les premières n'entraînant pour ainsi dire pas de troubles.

L'iritis syphilitique évolue lentement, froidement. Dans les cas heureux elle dure de 12 à 15 jours ; bien plus habituellement, la maladie se prolonge 3 à 4 semaines et quelquefois bien davantage, 2 mois, 3 mois et plus. C'est plutôt, par ses allures, une syphilide qu'une inflammation de l'iris.

La terminaison est la guérison complète dans les cas particulièrement favorables. Beaucoup plus fréquemment cette guérison laisse des reliquats, tantôt ils entraînent des troubles fonctionnels, de la gêne de l'iris ; tantôt, dans la majorité des cas heureusement, il y a bien une déformation persistante de la pupille, un petit pointillé sur le cristallin, mais les troubles visuels sont à peu près nuls. Enfin, il peut persister des synéchies postérieures soit marginales, soit pariétales, entraînant de la gêne de la vision. Souvent alors le champ pupillaire est obstrué par des exsudats plus ou moins abondants entraînant des troubles visuels. Dans les cas graves, on a vu se produire une véritable atrophie de l'iris.

Le pronostic de l'iritis syphilitique est donc assez grave, d'autant que l'affection a une tendance marquée à la bilatéralité ; les deux yeux ne se prennent pas en même temps, mais quand un iris est pris, l'autre a de grandes chances pour être atteint à son tour si le traitement n'est pas bien dirigé. Vous n'oublierez pas, de plus, que les récidives sont fréquentes et

que la choroïdite est toujours à redouter. Enfin, dans des cas très rares le tiraillement d'adhérences persistantes en trainera la production d'une ophtalmie sympathique.

Le diagnostic précoce dont je vous ai donné les éléments permet un traitement précoce et améliore naturellement beaucoup le pronostic.

Le grande majorité des iritis, 6 à 7 p. 100 sont des iritis syphilitiques. Les caractères propres à ces dernières sont les tumeurs, la froideur de l'évolution, le peu d'intensité habituelle et quelquefois l'absence des douleurs. Naturellement les commémoratifs, un examen complet du malade, achèveront le diagnostic.

Le traitement est basé sur l'emploi du mercure et de l'atropine. Le mercure doit être administré à hautes doses, en frictions si l'estomac est intolérant. L'atropine sera employée en collyres afin de prévenir les synéchies, en cas d'échec, elle doit être remplacée par la duboisine.

Les hernies inguinales de l'enfance

On connaît la fréquence de la hernie inguinale de l'enfance, les conséquences terribles qu'elle peut entraîner et, jusqu'ici, il faut l'avouer, cette difformité qui constituait non seulement une infériorité pour le sujet qui la portait, mais encore une cause constante de danger n'avait pas profité des progrès réalisés par la chirurgie. M. Félizet (1), dans un volume remarquable par l'originalité des idées et par l'étude minutieuse des faits, vient d'exposer tout ce qui a trait à cette lésion avec une clarté et une précision qui ne laissent aucun doute dans l'esprit du lecteur. Désormais, *la cure opératoire* de cette hernie s'impose chez l'enfant comme chez l'adulte, cette notion va devenir vulgaire grâce au livre du chirurgien de Tenon Nous allons essayer d'en faire connaître les parties les plus saillantes.

C'est par une bonne étude anatomique de la région que commence l'auteur et, passant immédiatement à la physiologie pathologique, il nous montre le mécanisme de la formation de ces hernies, la descente du testicule et la part que celui-ci peut prendre à leur formation. Pour M. Félizet, chez les enfants dont les hernies ont le plus souvent un sac simple et sont presque toujours réductibles, la région du pédicule est tout; c'est là qu'est le collet du sac, qui en l'espèce a peu d'importance; c'est là que sont les piliers et nous allons nous arrêter un moment sur leur conformation, car l'auteur leur fait jouer, et à bon droit, un rôle considérable. L'orifice externe est, en effet, le facteur le plus important dans la formation des hernies inguinales de l'enfance, nous ne serions même pas éloigné pour notre part de leur faire jouer un rôle aussi considérable chez l'adulte. Eh bien, ces piliers, M. Félizet les a soigneusement étudiés sur 85 petits opérés, et de ces recherches il conclut, que dans une première catégorie des cas, il peut y avoir un orifice large, dilaté; mais la « baie herniaire » est entourée de bons piliers bien formés et capables de reprendre leur puissance par une intervention chirurgicale; dans une seconde classe de faits un des piliers ou les deux manquent, n'existent pas, c'est le plus souvent le pilier externe, quelquefois l'interne, plus rarement les deux qui font défaut. Il y

(1) Les hernies inguinales de l'Enfance, par le Dr Félizet, Paris, Masson 1894.

donc là *malformation, arrêt de développement* et s'appuyant, sur ces faits d'anatomie pathologique, l'auteur divise les hernies en deux grandes classes : *les hernies par déformation* ou dilatation *du trajet inguinal* et les *hernies par malformation* ; à chacun de ces deux types peut s'adresser, comme nous le verrons, une thérapeutique particulière.

Le *collet*, le sac sont ensuite étudiés et il faut retenir qu'ici il n'existe ni saillie, ni stigmates, ni arrêtes fibreuses, ni irrégularité susceptible d'empêcher la rentrée de l'intestin. Ce n'est pas du collet que provient l'obstacle, comme chez l'adulte, mais c'est extérieurement à la séreuse, de la résistance de la boutonnière musculaire. Les sacs complexes avec communication ou non entre le trajet herniaire et la vaginale, la présence de kystes compliquant la hernie, l'ectopie testiculaire le contenu de la hernie qui dans la majorité des cas se compose d'intestin grèle forment des chapitres très intéressants sur lesquels nous ne pouvons malheureusement pas insister.

Signalons aussi en passant la description minutieuse des symptômes et des accidents et arrivons au diagnostic, point particulièrement intéressant parce qu'il traite non seulement de la recherche de la hernie, mais encore de sa nature.

La hernie est-elle congénitale? Elle l'est presque toujours pour ne pas dire toujours, nous répond M. Félizet et on s'en assurera à sa soudaine et brusque apparition, à la direction de son trajet, à sa marche. Est-elle aqueuse et le liquide peut-il rentrer par pression dans l'abdomen ? Est-elle oui ou non compliquée d'ectopie et à quel degré ? Autant de questions utiles posées et résolues. Mais peut-on de plus savoir si on a affaire à une déformation ou à une malformation, point important comme on le verra dans la cure de l'affection ? Oui, grâce aux signes suivants : Dans la déformation, on sent l'élargissement de l'ouverture, le doigt qui l'explore y pénè re ; mais l'enfant veut-il faire un effort, ou pousser un cri, ou tousser ! on sent immédiatement les deux piliers qui se rapprochent et « la glotte herniaire » pincer l'extrémité digitale par un mouvement analogue à celui des cordes vocales.

Si les piliers sont imparfaits, au contraire, la striction manque, il y a à peine une médiocre pression du pilier interne et l'exploration à l'aide des deux doigts permet de se rendre compte de la malformation, en même temps que de la résistance et de l'énergie des tissus dont on aura à se servir pour refaire un orifice externe.

De ces deux constatations : de déformation ou malformation de l'anneau inguinal extérieur, va dépendre la thérapeutique... s'il n'y a qu'élargissement de l'orifice, on devra essayer un bandage qui fera disparaître par accolement le trajet péritonéo-vaginal. Ce bandage ! M. Felizet croit à son action utile et bienfaisante, s'il est gardé jour et nuit. De un à trois ans, l'enfant aura les plus grandes chances de guérir et pourra être considéré comme tel si au bout de 12 mois les piliers sont rapprochés et insensibles à la moindre impulsion par la toux.

Si le port du bandage n'a pas réussi, ou si on a affaire à une *malformation*, il n'y aura alors qu'à procéder à l'*opération radicale* que M. Félizet pratique de la façon suivante :

Et tout d'abord on peut intervenir sur des enfants qui ont dépassé 6 mois pourvu que l'état général soit bon et qu'on évite la perte du sang. Pour

arriver à ce dernier résultat, le chirurgien de Tenon préconise l'incision transversale parallèle au grand pli de flexion de l'abdomen (pli de Vénus), on évite ainsi toutes les artérioles de la région et on arrive directement sur les piliers et le collet du sac, seuls points sur lesquels il est important d'agir. La recherche du cordon, sa dissection, la recherche du sac, son décollement et sa ligature, sont relativement faciles. Certes, on agit sur un terrain très limité et sur des organes minuscules et délicats, il faudra donc toujours apporter la plus grande attention dans ses dissections; mais celles-ci seront facilitées par l'absence d'adhérences entre le collet du sac et les tissus environnants ; au contraire de l'adulte, elles n'existent pas chez l'enfant.

Nous ne pouvons malheureusement pas passer en revue tous les chapitres qui ont trait à la ligature du sac et à la suture du trajet et de l'orifice. Disons pourtant que M. Félizet a un faible pour la suture au fil d'or à cause de la facilité avec laquelle ce dernier se stérilise et peut-être aussi en souvenir de Berand, Méthis et de son *point doré*. Le seul inconvénient qu'on puisse y trouver, c'est la difficulté de se le procurer et le retard qu'il pourrait ainsi causer à l'extension de l'opération radicale chez les enfants, Ajoutons, en terminant, que le chirurgien de Tenon préconise le drainage à cause de l'infection ultérieure possible de la plaie par l'enfant, toujours indocile, à ce point qu'il est quelquefois nécessaire de le maintenir sur une planchette spéciale.

Nous en avons dit assez, nous l'espérons, pour montrer tout ce qu'il y a d'original et en même temps de pratique dans ce livre, qui est le fruit de cinq années d'observations dans le grand service de chirurgie infantile de l'hôpital Tenon.

Eugène Rochard

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février 1894. — Présidence de M. Rochard

M. le docteur Motais (d'Angers) lit une note intitulée :

Des troubles du cœur et de l'estomac produits par l'attitude scolaire habituelle.

L'attitude scolaire prescrite habituellement est la cause directe de certaines scolioses. La même attitude a, sur les fonctions du cœur et de l'estomac, une influence morbide à peine soupçonnée jusqu'ici.

Dans cette attitude, l'élève est assis sur l'ischion gauche, s'appuie sur le coude gauche et se courbe en avant ; le tronc présente alors une courbure antéro-latérale.

Il en résulte :

1° Que, par l'inclinaison latérale, le rebord des fausses côtes gauche descend jusqu'au contact de la crête iliaque. La grosse tubérosité de l'estomac est alors refoulée et comprimée sur la rate et la masse intestinale ;

2° Dans la courbure du tronc en avant, un pli se forme sur la partie la plus élevée de la paroi abdominale et la paroi antérieure de l'estomac participe à cette inflexion.

Cette double dérivation apporte une gêne mécanique aux mouvements du ventricule.

Le fonctionnement des viscères thoraciques est également compromis par suite de la courbure en avant qui entraîne le rapprochement des côtes, par suite aussi de la dépression de la moité gauche du diaphragme vers le bord supérieur de l'estomac.

La gêne de la fonction respiratoire retentit sur le cœur dont les battements sont en outre mécaniquement gênés par le renversement de la cage thoracique.

Le cou subit une inclinaison avec torsion, les gros vaisseaux de sa base subissent des inflexions très marquées.

L'influence de l'attitude scolaire est des plus frappante dans les affections organiques du cœur, elle exagère constamment les phénomènes d'asystolie. Cette attitude est un élément pathogénique très important dans la durée souvent si longue des dyspepsies. L'attitude droite améliore presque toujours les jeunes gens dyspeptiques.

Les mêmes observations sont applicables aux adultes adonnés aux travaux intellectuels, aux employés de bureau, etc.

Les médecins doivent joindre aux prescriptions hygiéniques si importantes dans la prophylaxie et le traitement des dyspepsies et des troubles du cœur, l'attitude assise droite ou debout pendant le travail.

— L'Académie écoute avec grand intérêt une communication de M. Laveran sur

Un cas d'endartérite oblitérante avec gangrène des extrémités inférieures.

Le malade est un homme de 36 ans qui a été atteint à Madagascar, en 1884, de fièvre palustre, et de dysenterie au Tonkin, en 1889. En 1890, dans cette dernière colonie, il a présenté des accidents locaux au membre inférieur gauche : phlébite à la partie interne de la jambe, douleurs dans la station verticale et dans la marche, claudication intermittente ; enfin, en décembre 1891, en France, est survenu de la gangrène sèche du pied gauche à marche progressive L'amputation de la jambe gauche au lieu d'élection a été faite en mars 1892.

En 1890, le membre inférieur droit se prend à son tour et les accidents suivent la même marche de ce côté que du côté gauche. Le 10 janvier 1894, tout l'avant-pied était atteint de gangrène sèche et le 15 janvier l'amputation de la jambe droite fut pratiquée par M. Robert.

Chez ce malade, toutes les artères battent faiblement. On ne sentait plus à droite les battements de la pédieuse ni ceux de la tibiale postérieure, les battements ont disparu à la radiale droite. Les artères oblitérées ne sont pas indurées, ne font pas cordon.

Au moment de son entrée au Val-de-Grâce, le malade n'était plus sous le coup de l'impaludisme, la matité splénique n'était pas augmentée, il n'y avait pas d'hématozoaires dans le sang, les accès de fièvre avaient cessé depuis longtemps. les urines étaient légèrement albumineuses.

En disséquant le membre amputé, on trouve les artères très petites ; l'artère tibiale antérieure est complètement oblitérée, la tibiale postérieure presque complètement. Les lésions artérielles sont celles de l'endartérite. Le tissu embryonnaire s'est formé aux dépens de la couche profonde de l'endartère ; les vaisseaux sont très rétractés, car l'artère tibiale antérieure n'a, parois comprises, que 1 mm 15 de diamètre. Les veines satellites des artères tibiales sont très réduites de volume et présentent les lésions de l'endophlébite. Les nerfs sont sains.

Quelle a été la cause des accidents ?

Le diagnostic de maladie de Raynaud a été porté au début. Le malade était paludique au moment des premiers accidents locaux et les coïncidences de la maladie de Raynaud et du paludisme a été plusieurs fois notée. Actuellement le diagnostic doit être abandonné. La marche de la maladie n'a pas été celle de l'asphyxie locale des extrémités qui

se complique rarement de gangrènes aussi étendues que dans le cas actuel ; du reste, les lésions des artères et des veines qui ont été trouvées sont étrangères à la maladie de Raynaud.

Il ne s'agit pas non plus de gangrène palustre et la malaria n'a pu jouer que le rôle de cause prédisposante. En décembre 1893, le paludisme ne pouvait être mis en cause, et cependant la gangrène envahissait le pied droit.

Peut-on, les urines étant légèrement albumineuses, penser à une gangrène d'origine brightique. Non. L'albuminurie légère s'explique par l'existence de lésions des vaisseaux des reins, analogues à celles des vaisseaux des membres et la néphrite n'a pu être la cause de la lésion des vaisseaux.

Le malade avait 53 ans au moment où il a éprouvé les premiers accidents, on ne peut donc prononcer le mot de gangrène sénile. Les lésions observées dans le cas actuel permettent d'éliminer l'artério-sclérose vulgaire et l'athérome, puisque dans cette maladie les artères sont dures, plus grosses et plus faciles à trouver qu'à l'état normal. Les phénomènes de phlébites, très nets chez le malade de M. Laveran, ne revêtent pas cette intensité dans l'artéro-sclérose, de plus, chez lui, il n'y a pas de signe d'aortite.

Il s'agit, dans ce cas, d'une maladie décrite pour la première fois par Friedlander en 1876, sous le nom d'endartérite oblitérante et la description histologique que cet auteur a donné des lésions artérielles s'applique absolument à celles qui ont été trouvées par M. Laveran. Winiwarter, Durow, Wille, Baraban et Etienne, Routier, Riedel, Zœge, Montalfel, Widermann ont publié des faits analogues à celui de Friedlander, et Heydeurich a résumé les documents alors connus dans un article de la *Semaine médicale* paru en 1892.

Il s'agit là d'une maladie spéciale, que l'on peut décrire sous le nom d'endardérite oblitérante atrophique; car, dans les cas qui ont été suivis de mort, on a trouvé toutes les artères diminuées de calibre par l'épaississement de la tunique interne.

Les causes de la maladie sont très obscures et, dans la plupart des cas cités, on ne peut accuser ni la syphilis, ni le paludisme, ni l'alcoolisme.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Pinard sur les titres des candidats dans la section d'accouchement. Voici la liste de classement : 1re ligne, *ex-æquo* : MM. Porak et Ribemont ; 2e ligne, M. Maygrier ; 3e ligne, M. Bar ; 4e ligne, M. Auvard.

REVUE DE LA PRESSE PROVINCIALE

—

Spasme des voies biliaires. — Traitement des inflammations des premières voies respiratoires. — Emploi de la pilocarpine dans les rhumatismes. — La chlorose maladie infectieuse.

M. Lépine, dans une communication faite à la Société de médecine de Lyon, combat la theorie classique qui n'admet la colique hépatique qu'avec des calculs et des corps étrangers dans les voies biliaires.

Il croit à la colique hépatique avec tout son cortège symptomatique produit par un simple spasme sans corps étranger.

Il base sa théorie sur trois ordres de preuves :

1° Des preuves cliniques :

Il signale la fréquence de la colique hépatique chez les hystériques, à la suite d'une émotion, d'une contrariété, sans qu'on ait jamais pu retrouver des calculs dans les selles.

Chez un de ses confrères, il a vu des accès de colique hépatique, provoqués à diverses reprises par l'ingestion de certains aliments. Chaque fois, cet accès d'allure classique s'accompagnait de deux périodes successives, l'une de polyurie, l'autre d'anurie. Il y avait en outre de la rétraction de l'épigastre et du spasme généralisé ;

2° De preuves anatomo-pathologiques :

Déjà en 1892, dans la *Revue de Médecine*, il a publié l'autopsie d'un ictérique de quelques semaines ayant eu des coliques, où on trouva le cholédoque tendu, contracté, ne contenant pas de calculs, n'étant pas oblitéré, mais renfermant seulement quelques grains de sable.

Il a observé, en outre, un cas analogue chez un homme qui avait reçu un coup de corne dans l'hypochondre droit, avait eu de l'ictère et de l'hydropisie de la vésicule, nécessitant même une ponction. A l'autopsie on avait trouvé un rétrécissement cicatriciel du cholédoque, de deux ou trois centimètres, sans oblitération complète, où le stylet pouvait encore passer. L'ictère avait existé et existait encore au moment de la mort. Il était donc bien dû à un phénomène spasmodique ;

3° Des preuves expérimentales :

Chez des chiens, on peut provoquer des spasmes de la partie inférieure du cholédoque.

Doyon a très bien étudié les réflexes qui peuvent faire contracter les voies biliaires et a montré qu'ils pouvaient avoir leur point de départ dans l'estomac. Il faut donc admettre la possibilité d'un spasme prolongé des voies biliaires, qui peut s'accompagner de douleurs et donner le tableau de la colique hépatique.

— A la Société des sciences médicales de Lyon, M. Roux a communiqué un moyen très simple de juguler les inflammations aiguës des premières voies respiratoires à leur début.

Ce moyen consiste à aspirer très fortement par le nez et la bouche de l'eau de cologne versée sur un mouchoir.

M. Roux possède onze observations récentes, dans lesquelles le résultat a été très bon. Il s'agit, dans tous ces cas, de coryza aigu avec léger mouvement fébrile, malaise général ; en somme, ce que l'on appelait la grippe ou la fièvre catarrhale, il y a quelques années.

En moins de vingt-quatre heures, dans tous les cas, il y a eu sédation complète, après quatre ou cinq séances d'aspiration de deux à trois minutes chacune.

Il s'agit d'une véritable pugulation, d'une sorte d'avortement de l'affection, étant donné que les malades qui font l'objet de ces observations savaient, par expérience, que ce genre d'affection s'accompagnait toujours, chez eux, de trachéo-bronchite.

M. Roux ajoute que ses recherches ont été faites avec de l'eau de Cologne de l'Hôtel-Dieu dont la formule diffère un peu de celle du Codex, et il donne la formule de l'eau de Cologne dont il s'est servi. Celle-ci est ainsi composée :

Essence de bergamotte.......	100	
— de Portugal..........	100	
— de citron............	20	
— de romarin..........	20	
— de petit grain........	20	25
Alcool à 90°..................		975

On doit se demander qu'elle est, parmi ces substances, celle qui peut être active. M. Roux peut affirmer que ni l'alcool pur, ni l'alcool de menthe, ne lui ont donné de résultats comparables à ceux de l'eau de Cologne ; par conséquent, se sont les essences qui doivent jouer le rôle important.

Quant au mécanisme par lequel se produit l'action curative, M. Roux se réserve de l'étudier et il le fera connaître dans une communication ultérieure.

— M. Dianoux, à la Société de médecine de Nantes, a attiré l'attention sur l'emploi de la pilocarpine dans les rhumatismes. Dans les sclérites rhumatismales, il a contume d'employer le salycilate de soude à doses massives, par exemple 3 grammes le soir pendant six à huit jours. Si, au bout de ce temps, le résultat semble tarder, les piqûres de pilocarpine ont souvent raison de l'affection.

Pour M. Dianoux, le rhumatisme aigu, le suraigu et le chronique ne diffèrent que par leur allure. Seul avec la goutte, le rhumatisme provoque des affections aiguës des membranes fibreuses, les intoxications ne frappant ces tissus que suivant des modes relativement torpides. Sons ces différentes allures, le rhumatisme porte son action sur l'organe visuel et provoque des sclérites, des iridochoroïdies ,d es inflammations des gaines.

Pour les névralgies, elles sont dues à des périnevrites, c'est-à-dire à des inflammations des gaines du nerf, d'où sur le nerf optique surexcitation de la sensibilité spéciale photopsie, etc. Telle est l'origine des névralgies périphériques, d'autres formes de névralgies, telles que celles produites par l'anémie, pourront avoir une origine centrale.

Dans la discusion qui a suivi, M. Hervanet a fait remarquer que le rhumatisme se rapproche des maladies infectieuses, dont le propre est d'avoir des manifestations multiples au point de vue de la localisation ; en quoi le rhumatisme diffère de la goutte, qu'on ne verra jamais provoquer en même temps une endocardite aiguë et une néphrite aiguë.

M. Guenel a insisté sur ce point que les malades atteints de rhumatisme aigu sont beaucoup moins sensibles au froid que ceux atteints de rhumatisme chronique. Avec MM. Hervanet et Perochaud, il estime que l'assertion de M. Dianoux, ne considèrant le rhumatisme aigu, suraigu et chronique que comme trois stades d'une même affection, perdant sa violence à mesure que l'âge avance, n'est pas la conséquence nécessaire de l'observation. Pour M. Dianoux, non-seulement il y a simple évolution d'un même mal, mais encore la même unité du rhumatisme apparaît dans ses déterminations vers l'œil, où l'épisclérite se montre au printemps et en automne comme le rhumatisme des articulations, où les parésies musculaires des muscles extérieurs de l'œil accusent des inflammations de leurs gaines sous une forme d'autant plus torpide qu'on est à l'âge du rhumatisme chronique.

Quant au rhumatisme déformant, il forme une affection très différente.

— Pour M. Clément, la chlorose pourrait être considérée comme une maladie infectieuse. Il appuie son opinion sur les raisons suivantes :

1° L'hypertrophie de la rate a été constamment observée par lui chez les chlorotiques depuis que son attention a été éclairée sur ce point ; et cette hypertrophie disparaît à mesure que la guérison se produit ;

2° Le début est souvent brusque et il y a des chloroses endémiques ;

3° On observe souvent, dans cette maladie, de la phlegmatia alba dolens ;

4° On observe souvent dans le cours de la chlorose, de la néphrite parenchymateuse, de l'endocardite, et surtout de la péricardite.

Tous ces symptômes permettent d'émettre comme une hypothèse probable la nature infectieuse de la chlorose.

COURRIER

Concours pour deux places d'accoucheur du bureau central. — Ce concours sera ouvert le lundi 7 mars 1894, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'adminis-

tration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 9 avril 1894, et sera clos définitivement le samedi 21 du même mois, à trois heures.

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE ROME (20 MARS-5 AVRIL 1894). — Aux bureaux du Comité est en vente la brochure ci-dessous : *Voyage en Italie à l'occasion du Congrès de Rome*, par le Dr A. LABAT, ex-président de la Société d'hydrologie de Paris. — Prix : aux bureaux, 1 franc ; par la poste, 1 fr. 35. Il suffit d'adresser 1 fr. 35 en timbres-poste aux bureaux du Comité, pour recevoir cette brochure par la poste immédiatement. Cette très intéressante brochure, qui n'a été tirée qu'à un nombre restreint d'exemplaires, donne une foule d'indications sur le voyage d'Italie au point de vue médical.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Contremoulins est maintenu comme délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire de microphotographie.

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Allix (de Gergy) ; Brousmiche, médecin principal de la marine en retraite ; Félix Cornet, décédé à Briey (Meurthe-et-Moselle), à l'âge de quarante-deux ans ; Godard (de Fismes) ; Jallon, ancien chirurgien de la marine, maire de Bourg-La-Reine.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Liste des prix de la Faculté de médecine pour l'année scolaire 1894. — *Prix Corvisart.* — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par Corvisart.

Les élèves devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes. Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lit, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis.

ne question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes ; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit :

Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs ;

Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 francs.

Pour le Concours de 1894, la question proposée est : *Du diagnostic des affections aortiques non anévrysmales,*

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 francs, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de le guérir.

Ce prix peut être partagé entre deux candidats.

Prix Barbier. — Tous les ans, un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé précédemment.

Prix Chatauvillard. — Ce prix de 2,000 francs est décerné chaque année au meilleur travail des sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.

Legs du baron de Trémont. — Somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Prix Lacaze. — Un prix de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur

ouvrage sur la *pht isie* t sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Ce prix ne peut être partagé.

A la fin de l'année 1894, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrag. sur la *fièvre typhoïde*.

Legs Jeunesse. — 1° Une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène;

2° Une somme de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

En 1894, le prix d'hygiène sera seul décerné.

Prix J. Saintour. — Ce prix est de 3,000 francs. Le sujet mis au concours est: *De la genèse des lésions artérielles.*

Prix Béhier. — Prix biennal qui est de 1,800 francs, sera attribué, pour la première fois, en 1894. Le sujet proposé pour le concours est ainsi conçu: *Formes de la phtisie pulmonaire.*

Legs Barkow. — Mme de Barkow a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable.

Le revenu annuel est de 3,000 francs; il est affecté à l'entretien de bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

Legs Pelrin. — Bourses destinées à assurer à des étudiants peu aisés le bienfait de l'enseignement supérieur.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *eextrêmement satisfait* et *très satisfait.*

Bourses du doctorat en médecine. — Elles sont données au concours suivant les conditions indiquées dans l'arrêté du ministre de l'instruction publique du 14 novembre 1879.

Bourses municipales. — Par une délibération en date du 28 décembre 1887, le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la Ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'Ecole supérieure de pharmacie de cette ville. Cette subvention est de 6,000 francs pour la Faculté de médecine.

Elle est applicable: 1° principalement à la fondation de bourses d'études de 1,200 fr. chacune, ayant pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction; 2° exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger, dont le montant est fixé dans chaque cas particulier par décision spéciale du Conseil municipal. Ce sont ou bien des voyages d'études ou des voyages de recherches. — Pour les conditions à remplir pour concourir à chacun de ces prix ou pour l'obtention de ces bourses, voir le programme détaillé qui est distribué aux bureaux du secrétariat de la Faculté de médecine.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Disons-le tout de suite, nous pensons que les discussions qui s'éternisent perdent un peu de leur intérêt et, avant d'entendre des communications nouvelles, il nous semble qu'il eût été préférable de terminer cette question de la *trépanation* qui est pendante depuis plusieurs mois. La discussion sur ce sujet n'a cependant occupé que la dernière partie de la séance, dont le début a été consacré tout d'abord à la lecture d'une observation d'A. Reverdin.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire chez une femme de 24 ans, opérée déjà depuis trois mois, quand elle vit se reproduire une nouvelle tuméfaction qui fut prise pour une seconde tumeur kystique. Une seconde intervention fut décidée ; mais la laparotomie médiane fit tomber le couteau sur des adhérences, l'intestin fut sectionné, déchiré sur une longueur assez grande pour nécessiter sa résection. Douze centimètres furent ainsi enlevés et la tumeur fut ensuite ponctionnée. Un liquide louche sortit par l'incision, puis il fallut extraire un fœtus et son placenta. Il y avait eu de l'hydramnios. L'utérus était aminci, altéré dans sa structure, M. Reverdin l'enleva et la malade guérit.

Il est certain que ce diagnostic était difficile à faire ; c'est ce que le chirurgien de Genève n'a pas de peine à démontrer dans les quelques réflexions qui accompagnent l'observation.

M. Kirmisson monte ensuite à la tribune pour faire un rapport sur un cas de *luxation obturatrice au cours d'un rhumatisme articulaire aigu*. On se souvient de la malade présentée par M. Hartmann, guérie de cette luxation spontanée par des manœuvres faites sous le sommeil chloroformique. Pour rentrer la tête dans l'acétabulum, notre collègue fut obligé d'utiliser le poids de la malade, et faisant l'extension à l'aide du membre placé sur son épaule, en même temps que des mouvements de latéralité et de torsion, il parvint à obtenir la réduction. Rien de particulier à signaler sur cette thérapeutique bien conduite. Mais le rapporteur fait observer que ces cas sont rares, rappelle les travaux de M. Verneuil qui, en 1883, apporta à la Société de chirurgie 7 observations analogues, dont 5 ayant trait à l'articulation de la hanche. Depuis, Delens, Guttenbock, Sonnenburg, M. Kirmisson lui-même, et tout dernièrement John Evens (de Bristol) en 1893, en ont rapporté des exemples.

La pathogénie de ces luxations spontanées a, du reste, été très discutée. Pour J.-L. Petit, on le sait, l'épanchement était seul en cause, il distendait l'article et faisait sortir la tête de sa cavité articulaire. Pour Verneuil, c'est à la paralysie de certains groupes musculaires, permettant aux antagonistes d'agir seuls, qu'il faut rapporter la luxation. Dans l'espèce, cette théorie s'accorde difficilement avec la situation de la tête fémorale dans le trou obturateur, car chez la malade de M. Hartmann les fessiers étaient paré-

siés comme dans toutes les affections articulaires de la hanche, et cependant la luxation s'est produite en dedans. Aussi faut-il plutôt attribuer ces lésions curieuses à la présence de l'épanchement en même temps qu'à l'attitude vicieuse et non corrigée prise par le membre malade.

Nous passons, avec M. Routier, au traitement des *fistules recto-vaginales.* Quand elles sont rapprochées de l'anus, il n'y a qu'à fendre le sphincter et à les traiter comme une déchirure du périnée ; mais, lorsqu'elles sont placées très haut et même lorsqu'elles s'accompagnent d'une perte de substance totale sur une largeur de 6 à 8 centimètres, il faut avoir recours à un autre traitement. Autrefois, on faisait plusieurs plans de suture qui manquaient presque toujours. Aussi, chez une de ses malades, M. Routier a-t-il employé le procédé suivant :

Il a traité d'abord le rectum comme s'il s'agissait d'une plaie sur le gros intestin, en le libérant des deux côtés et en le recousant à l'aide de la suture de Lembert, puis, ce rectum refait, il a avivé le périnée et le vagin en faisant une périnéorraphie suivant la méthode d'Emmet. Cette manière de faire lui a du reste parfaitement réussi. M. Pozzi lui fait remarquer que ce procédé a été déjà décrit et employé par Fritsch et Walzberg. Pour sa part, il ne l'emploie pas, car on peut arriver à réparer ces pertes de substance, même quand elles sont considérables, à l'aide du dédoublement de la cloison recto-vaginal, imaginé par Lawson-Tait.

La question de la *trépanation* est alors reprise et elle amène successivement deux professeurs à donner leur avis. C'est d'abord M. Le Dentu, qui estime que ce n'est pas tout de savoir si l'intervention est inoffensive ; il faut encore pour lui qu'elle ait une véritable utilité. Pour cela il faudrait d'abord pouvoir extraire le projectile, or on ne sait pas où il se trouve ; car les symptômes qui manifestent sa pénétration dans la substance cérébrale existent bien, mais sont en général vagues. De plus, il peut se réfléchir en frappant la paroi osseuse opposée, comme l'ont démontré MM. Delbet et Dagron, et cela suivant un trajet de 2, 3 et même 6 centimètres.

Dernièrement, le chirurgien de Necker en a observé un exemple frappant. La balle, en traversant le cerveau, étant entrée à droite, avait occasionné une paralysie du bras droit et de l'aphasie, elle avait donc touché les circonvolutions frontales gauche. Le malade allait mieux quand il mourut d'une pneumonie intercurrente. Le projectile fut retrouvé dans le pli courbe.

Les localisations ne sont pas non plus un guide très sûr et M. Le Dentu en rappelle un exemple. Une balle entrée par la région frontale avait encore déterminé de l'aphasie et de la paralysie du bras droit ; elle avait donc lésé la zone motrice gauche. Elle fut retrouvée dans la partie postérieure du lobe occipital gauche, ce qu'on avait soupçonné à cause de la persistance des vomissements.

Il est donc impossible de connaître le siège du projectile. On ne peut donc, d'une façon générale, recommander sa recherche.

A-t-on l'espoir, en trépanant, de pouvoir désinfecter le trajet de la balle dans sa totalité ? Certes, non, puisqu'on ne le connaît pas et que les tentatives de recherches sont imprudentes.

On ne peut donc nettoyer et antisepsier que les lésions superficielles, qu'enlever les esquilles qui n'ont pas pénétré profondément, que traiter un

épanchement intra-cranien, lésion rare, du reste, et, dans ces cas particuliers, la trépanation peut être indiquée ; mais elle ne peut véritablement pas être posée en règle, d'autant plus que les malades peuvent guérir avec un projectile dans le crâne, et M. Le Dentu cite à l'appui de son dire une observation toute récente ; la balle avait dénoté son siège au voisinage du sinus caverneux en lésant les nerfs moteur oculaire externe et pathétique, elle n'avait pas déterminé d'anévrysme antéro-veinenx entre la carotide et ce sinus. M. Le Dentu n'alla cependant pas à sa recherche et il s'en félicite, car le blessé est aujourd'hui en parfaite santé.

M. Terrier prend ensuite la parole et affirme nettement son opinion. Pour lui, quand on a la certitude que la balle a pénétré dans le cerveau, il faut trépaner. On a soutenu longtemps le contraire. Otis, après la guerre de sécession, a vanté l'abstention ; mais il s'agissait d'armes de guerre. Les « revolvers civils » donnent lieu à une thérapeutique différente.

Le chirurgien de Bichat cite ensuite un travail d'un chirurgien belge, Gallez, qui conclut, après avoir été assez hésitant au début, que, si les accidents sont pressants et qu'on puisse espérer extraire la balle, il faut intervenir. Or, les accidents sont toujours pressants quand on a un projectile dans le cerveau.

Quant à la recherche du projectile elle est bien hasardeuse. On peut explorer le trajet jusqu'à 4 centimètres, a dit un orateur dans la précédente séance, pourquoi s'arrêter là si on commence. Mais, faut-il commencer ? Eh bien, non ; car toute tentative d'exploration du trajet fera certainement des fausses routes. M. Terrier en cite un exemple : il a exploré à l'aide d'une bougie, instrument souple pourtant, le cerveau d'un homme qui avait une plaie pénétrante dans la région temporale, et il a fait une fausse route. L'autopsie l'a démontré. Quant aux localisations, si elles donnent des indices, peut-on en conclure le siège précis de la balle ? Non, car on ne sait si c'est le centre moteur ou un des conducteurs qui a été intéressé. En somme, il faut toujours trépaner ; on peut ainsi désinfecter la plaie, enlever les esquilles superficielles et constater de visu ce qui se passe du côté du cerveau ; suivant cette constatation on devra agir ou s'abstenir ; mais il faut savoir que le trépan est bénin et que la chose grave c'est la lésion produite par le projectile.

Eugène Rochard.

REVUE GÉNÉRALE

—

Les théories de l'Immunité

L'Immunité, ou aptitude de l'organisme à se défendre avec avantage contre une infection, peut être soit congénitale, soit acquise. Un grand nombre de théories, depuis la découverte des microorganismes, ont tenté d'en expliquer le mécanisme. Plusieurs n'ont qu'un intérêt historique et nous ne nous y arrêterons pas ; trois sont actuellement très discutées et doivent être étudiées en détail. Ce sont les théories de la Phagocytose — du pouvoir bactéricide du sang — des antitoxines.

I

La théorie de la phagocytose est toute entière due à Metchnikoff ; nous allons l'exposer d'après lui (1).

La phagocytose s'exerce par les leucocytes ou globules blancs du sang et de la lymphe dont il a distingué plusieurs variétés. Les *lymphocytes* sont de petits leucocytes avec un gros noyau entouré d'une petite quantité de protoplasma ; ils sont très abondants dans la lymphe et présentent tous les degrés de passage aux leucocytes plus volumineux appelés *leucocytes mono-nucléaires* dont le noyau est souvent en forme de rein ou de fève. Les *leucocytes éosinophiles* d'Ekrlich ont un noyau lobé et leur protoplasma contient de grosses granulations qui se colorent par les couleurs d'aniline acide surtout par l'éosine ; ils se développent aux dépens de la mœlle des os. Les leucocytes les plus nombreux peuvent être appelés *Polynucléaires* bien que le plus souvent le noyau soit seulement divisé en plusieurs parties par des filaments très minces ; leur protoplasma renferme des granulations qui ne se colorent que par un mélange des couleurs acides et des couleurs basiques d'aniline, aussi appelle-t-on souvent ces corps des *leucocytes neutrophiles* ; ils se développent dans le sang aux dépens de petites cellules fournies par différents organes (Ouskoff).

Les leucocytes émettent tous des appendices protoplasmiques qui leur permettent de se mouvoir, mais ils ne sont pas tous capables d'englober les corps étrangers, c'est-à-dire de jouer le rôle de phagocyte. Cette propriété n'appartient qu'aux cellules mono-nucléaires et neutrophiles *et leur permet d'englober les microorganismes au contact desquels ils se trouvent.* Ces microorganismes sont souvent englobés à l'état vivant. C'est ainsi que des leucocytes de pigeon où se trouvent des bacilles charbonneux étant introduits dans un bouillon nuisible pour eux, on voit les bacilles pousser en perçant le protoplasma cellulaire. Mais les leucocytes n'englobent pas tous les microbes avec lesquelles ils se trouvent en contact, ils exercent un choix. Chez l'homme, par exemple, les leucocytes polynucléaires englobent les streptocoques de l'érysipèle et les gonocoques que n'absorbent pas les leucocytes mononucléaires. Même lorsqu'un animal est très sensible à une bactérie quelconque, il n'arrive pas toujours que ses leucocytes puissent l'englober.

Ces différences de sensibilité des leucocytes tiennent à ce que Leber a appelé la *sensibilité chimiotactique*. En provoquant une kératite chez les lapins par un corps extrait des cultures du staphylococcus aureus, cet auteur a vu les leucocytes attirés à distance vers le lieu d'inoculation et a pu, par un dispositif ingénieux les faire cheminer en sens inverse de la pesanteur. Il y a là une sorte d'attraction chimique, mise en évidence par Massart et Bordet qui ont vu les leucocytes de la grenouille être attirés en grand nombre par les liquides de culture de divers microbes, principalement le staphylococcus pyogenes albus. Les mêmes propriétés ont été observées par beaucoup d'expérimentateurs sur les leucocytes des animaux à sang chaud et on peut regarder la propriété chimiotactique comme générale. Les leucocytes sont donc attirés à distance grâce à cette propriété,

(1) Leçons sur la Pathologie comparée de l'Inflammation, Paris, 1892.

puis, leur sensibilité tactile leur sert à englober les microbes. Alors ces derniers sont attaqués par les sucs digestifs et disparaissent. C'est ainsi que dans l'intérieur des leucocytes de la grenouille, les bactéridies charbonneuses peuvent d'abord être colorées, par la vésuvine, puis perdent leur affinité pour la matière colorante, qu'ensuite on ne peut plus voir que la membrane du microorganisme et qu'enfin cette dernière disparaît à son tour. Parfois même lorsque les leucocytes ne peuvent tuer les microbes, ils les empêchent de croître et, par exemple, lorsqu'ils contiennent des spores de la bactéridie charbonneuse, ces dernières, bien qu'ayant conservé leur virulence, sont incapables de germer dans le corps des leucocytes vivants.

Mais s'il y a inoculation de microbes dorés d'une virulence excessive les leucocytes n'accourent pas toujours et il y a alors chimiotaxie négative. Mis en présence de ces microbes les leucocytes restent dans l'intérieur des vaisseaux et ne peuvent jouer leur rôle préservateur.

On peut appliquer cette théorie de la phagocytose à la production de l'immunité de la façon suivante : Les leucocytes (et probablement d'autres cellules mésodermiques de l'organisme, telles que celles de l'endothélium des vaisseaux par exemple) sont chez un animal vacciné ou ayant subi une première infection habitués aux toxines secrétées par le microorganisme en cause ; si alors une nouvelle infection est tentée les leucocytes attirés en grand nombre par une chimiotaxie devenue toujours positive englobent le microbe avant qu'il n'ait eu le temps de fabriquer assez de toxines pour atteindre sérieusement l'organisme. Dans l'organisme de l'animal réfractaire naturellement ou artificiellement la chimiotaxie est toujours positive. De plus, les cellules transmettent leur propriété à une série de générations, le temps pendant lequel la transmission peut s'effectuer, varie selon le microbe, l'intensité de l'infection primitive, l'idiosyncrasie de l'individu.

En fait, l'immunité, dans la théorie de la phagocytose, est l'accoutumance des leucocytes aux toxines.

L'expérience type en faveur de la théorie est la suivante : soient un lapin normal et un autre immunisé contre le bacille pyocyanique, si on les inocule tous deux sous la peau et exactement de la même manière avec ce bacille on voit que chez le lapin immunisé les leucocytes arrivent en grand nombre, tandis que chez le lapin non vacciné antérieurement ils sont au même moment fort rares.

Cette expérience est indiscutable, mais elle ne prouve pas, pour Charrin, que la phagocytose soit constante et qu'elle ait la grande valeur qu'on a voulu lui donner.

On inocule la bactérie pyocyanique à 10 lapins, 5 vaccinés et 5 non vaccinés, et tous les quarts d'heures on prélève une goutte d'œdème. Cette goutte est diluée dans 10 centimètres cubes d'eau bouillie, puis une nouvelle goutte du mélange est introduite dans 5 centimètres cubes de gélatine en plaques que l'on fait ensuite solidifier. Dans ces conditions, il est facile de voir qu'avant toute apparition de leucocytes les colonies provenant de la culture des humeurs des animaux non vaccinés sont plus abondantes et plus riches en pigment. Il y a donc dans les humeurs des vaccinés une modification des bactéries indépendante de la présence des leucocytes.

Il suit de cette expérience que la théorie de la phagocytose ne peut tout

expliquer. Aussi beaucoup de savants font-ils jouer un grand rôle au pouvoir bactéricide du sérum sanguin.

II

Grohman le premier, en 1884, a montré que, lorsque l'on sème des microbes dans le sang, leur vitalité est atténuée et Fodor a fait ensuite la même constatation. Puis vinrent les travaux de Nissen, Nuttal, Flugge, qui mirent en évidence les dégénérescences que subissent les microorganismes introduits dans le sérum du sang.

Il nous est impossible d'indiquer ici même les principaux travaux qu'a suscités l'étude du pouvoir bactéricide du sang et pour tout citer, nous en serions réduits à faire une fastidieuse énumération. Nous préférons donc résumer simplement quelques-uns des mémoires les plus importants publiés sur la question et montrer ensuite comment on a essayé de rattacher la propriété bactéricide du sérum à la conception de la phagocytose.

Buchner a constaté que le sérum du sang exposé à une température de 52 à 55° perdait à la fois et son pouvoir bactéricide et son pouvoir globulicide vis-à-vis des globules rouges d'une autre espèce. Il est probable, pour lui, que ces deux propriétés sont dues à une substance identique ou analogue, probablement une protéide. Lorsque l'on étend du sérum de chien ou de lapin de 5 à 10 fois avec la solution physiologique de sel marin, c'est à peine si les propriétés bactéricide et globulicide sont diminuées. Mais si la solution saline est remplacée par de l'eau distillée, le sérum perd tout effet. Le sérum ainsi rendu inactif voit son pouvoir reparaître si l'on ajoute du chlorure de sodium. Il s'en suivrait que les sels minéraux jouent un grand rôle dans le pouvoir bactéricide tout en n'étant pas eux-mêmes antimicrobiens ainsi que l'expérience l'a montré. Des recherches poursuivies avec persévérance ont montré à Buchner que ce sont les sels alcalins qui jouissent d'une sorte de pouvoir conservateur vis-à-vis des substances actives du sérum, de même qu'ils ont une action analogue relativement aux globules rouges ; aussi cet auteur admet-il par analogie que la substance active est un corps albuminoïde complexe qu'il désigne sous le nom d'alexine ; il pourrait y avoir plusieurs alexines.

Dès 1891, Pane avait dit que c'est l'alcalinité du milieu qui est la cause du pouvoir bactéricide du sérum. Ogata a cru réussir à préparer un extrait glycériné renfermant la substance bactéricide du sérum, mais ses résultats ont été contredits par Petermann.

D'après Christmas, l'influence bactéricide du sérum lui-même serait très faible, tandis que les substances albuminoïdes en solution aqueuse sont beaucoup plus actives. Du reste, pour cet auteur, les substances albuminoïdes des organes en solution aqueuse se comporteraient de même. Dans les deux cas, il y aurait peut-être difficulté d'assimilation par les microbes plutôt que pouvoir bactéricide. Cependant Hankin a retiré de la rate du lapin et du rat des corps qu'il appelle globulines de défense. En opérant sur des animaux rendus réfractaires au charbon, Chritmas a pu obtenir un extrait aqueux d'albumine qui, non seulement, ne fournissait pas un milieu favorable à la multiplication de la bactéridie charbonneuse, mais, de plus, quand on y ajoutait du liquide nutritif, s'opposait au développement de cette bactéridie. Ces expériences sont importantes pour l'explication de l'im-

munité. Charrin et Roger avaient déjà constaté que le bacille du charbon bactérien se développe difficilement dans les chairs inertes des souris et que le sérum du cobaye vacciné contre le charbon symptomatique a des propriétés germicides accrues.

Cependant Sanarelli a vu que les microbes se développent bien dans le sérum des animaux vaccinés et y acquièrent même une virulence plus grande. Cependant ce sérum posséderait des qualités préventives très marquées ; en l'inoculant on stimule l'activité cellulaire et les leucocytes entrent en action avec énergie pour détruire les microbes. Si l'on refroidit le corps (application de l'expérience de Pasteur rendant des poules infectables par la bactéridie charbonneuse en les refroidissant) les phagocytes sont paralysés et l'infection se produit.

Ces recherches nous ramènent à la théorie de la phagocytose. Il en est de même de celles poursuivies par Lubacch, Buchner, Nissen, Hankin, et dont les principaux résultats sont les suivants : la destruction des microbes dans le sérum est beaucoup plus rapide et plus intense en dehors de l'organisme que dans les vaisseaux ; — si on laisse se déposer les cellules et les matières protéiques du sang défibriné, la puissance bactéricide se trouve dans le dépôt et non dans le sérum ; — lorsque les leucocytes restent intacts en dehors de l'organisme le sérum n'est pas bactéricide, il le devient lorsque les globules blancs se détruisent. De tout cela il résulterait que les phagocytes tuent les microbes en les digérant et que la puissance bactéricide faible du sérum vivant résulte de la dissolution de quelques phagocytes dans l'organisme.

III

Reste la théorie de l'antitoxine, rajeunissement des anciennes idées de Chauveau

Behring et Kitasato, Brieger, Tizoni et Cattani, Roux et Vaillard, sont surtout les promoteurs de la nouvelle théorie qui, du reste, jusqu'à présent, ne semble guère s'appliquer qu'à la diphtérie et au tétanos.

Voici les principales expériences tendant à prouver l'existence dans le sang des vaccinés ou des réfractaires au tétanos, d'une substance antitoxique.

Lorsque l'on prend du sang d'un animal tel que la souris, le cobaye, le lapin, antérieurement immunisé contre la diphtérie ou le tétanos, ce sang, privé de ses éléments cellulaires, immunise contre la diphtérie ou le tétanos ; — on peut neutraliser les toxines tétaniques en les mélangeant soit à des corps n'existant pas dans l'organisme, tel que le trichlorure d'iode, ou à des produits cellulaires, tel que l'extrait aqueux de thymus ; — le mélange d'une solution iodée aux toxines tétaniques donne un liquide vaccinal qui, injecté aux animaux, leur confère l'immunité ; — le sérum des animaux immunisés détruit *in vitro* une certaine quantité de toxines tétaniques ; — l'antitoxine peut être isolée sous forme de poudre blanche ; cette poudre perd toute action lorsqu'elle est chauffée à 68° pendant une demi-heure, ne dialyse pas, précipite par l'alcool absolu (Tizzoni et Cattani) ; — on peut préparer un sérum préventif et curatif de la diphtérie qui neutralise les toxines diphtéritiques.

Appliquées à l'explication de l'immunité, ces expériences conduisent à admettre qu'il existe dans le sang des animaux qui ont subi une première

infection ou une vaccination une substance antiseptique qui détruit, annihile les toxines microbiennes.

Cette théorie nouvelle est-elle à l'abri de toute attaque? Loin de là. Behring et Schutz ont constaté que l'immunité contre le tétanos persistant, la quantité d'antitoxine diminue dans le sang et que l'animal restant réfractaire ne peut plus fournir de sérum antitoxique. D'autre part, on sait que les sérums antitoxiques ne confèrent, le plus souvent, qu'une immunité passagère, par suite de l'élimination de l'antitoxine par les urines.

Enfin, tout récemment, Buchner est venu montrer qu'un contact prolongé du poison tétanique avec l'antitoxine ne détruit pas le premier et, pour lui, ces deux substances ne sont antagonistes qu'en ce sens que l'une, l'antitoxine, prive l'organisme, les tissus, les territoires cellulaires, de leur réceptivité pour la toxine, le poison du tétanos. Actuellement, Tizzoni et Cattani admettent cette interprétation et pensent aussi que l'antitoxine tétanique ne détruit pas le poison, mais préserve l'organisme contre ses effets.

IV

Est-il possible de prendre parti entre les différentes théories?

Bouchard, Charrin, sont éclectiques : L'imprégnation de l'organisme par les toxines modifie la constitution ; une des conséquence de cette modification aboutit à la formation, par nos cellules, de principes bactéricides. Lorsque le microbe pénètre de nouveau dans ces humeurs, ces principes l'affaiblissent ; il ne donne pas naissance à la totalité de ses sécrétions, ou, du moins, s'il les fabrique, il ne les engendre pas en quantité voulue. Parmi les toxines qui font défaut, il en est qui resserrent les capillaires ; ces toxines absentes, les vaisseaux se dilatent. Dès lors les leucocytes sortent librement ; dès lors les phagocytes accourent ; dès lors la destruction des ennemis commence d'autant plus facilement que le nombre, la quantité de ces ennemis ont subi les effets de matières peu favorables. Chez un sujet normal, les substances microbicides n'existent pas, les bactéries pullulent à l'infini et engendrent les différents composés, y compris ceux qui s'opposent à l'arrivée des défenseurs.

Cette théorie admet comme démontrée l'action de certaines toxines sur les vaso-moteurs, action que des expériences de Metchnikoff, de Sanarelli, tendent à rendre peu probable ; elle ne tient pas compte du passage vraisemblable dans le sang des substances contenues dans les leucocytes ; elle s'appuie sur des faits (atténuation des parasites renfermés dans des sortes de sacs en baudruche perméable aux liquides seuls) dont l'inexactitude est aujourd'hui démontrée. Aussi croyons nous que, dans l'état actuel de la science, et en laissant de côté la théorie des antitoxines déjà combattue, celle de Metchnikoff répond à la grande majorité des faits.

Paul CHÉRON.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement d'une attaque d'apoplexie

L'attaque d'apoplexie, chacun le sait, reconnaît un grand nombre de causes. En dehors de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral qui en sont le plus habituelle-

ment l'origine, elle peut dépendre de la présence d'une tumeur cérébrale syphilitique ou non, survenir comme épisode daus le cours d'une sclérose en plaques, d'une paralysie générale ou même encore être l'un des symptômes d'une intoxication paludéenne, urémique. Le diagnostic de la cause devrait donc précéder l'institution du traitement. Malheureusement, ce diagnostic que l'on devra toujours tenter (examen du cœur et des artères, recherche des antécédents, caractères de l'attaque elle-même, lésions diverses anciennes ou récentes présentées par le malade), est souvent impossible et, d'autre part, il importe d'agir vite, on doit donc indiquer la conduite à tenir au moment de l'ictus, supposé dû à un ramollissement, à une hémorrhagie ou à une congestion, lorsqu'il est impossible de songer à une autre origine, et celle qu'il convient de suivre, lorsqu'au contraire on arrive au diagnostic de syphilis, d'impaludisme ou d'urémie.

I. Au moment de l'attaque, on doit aussitôt *asseoir* le malade et le maintenir dans cette position après l'avoir dévêtu.

Application de sinapismes sur les membres inférieurs en les entourant depuis les pieds jusqu'aux genoux d'un mélange de farine de lin et de farine de moutarde, mis en parties égales dans de l'eau tiède. On n'oubliera pas que, la sensibilité étant disparue, le malade ne peut sentir les effets de la sinapisation, il convient donc de les surveiller avec le plus grand soin. Une fois la révulsion jugée suffisante les jambes seront entourées de ouate.

a. L'attaque est-elle très complète, le malade est-il gros avec un visage rouge, des artères bondissantes, il est probable que l'on a affaire à une hémorrhagie ou à une congestion cérébrale. Si l'individu est robuste, saignée générale de 250 à 500 grammes au plus ; l'arrêter dès que la connaissance revient ou si l'état empire. Si la sclérose artérielle est très marquée, si l'on a affaire à un malade d'apparence peu vigoureuse, se contenter de placer des sangsues au niveau des apophyses mastoïdes, de 8 à 12 selon l'état des forces.

Si la face est nettement congestionnée, vessie de glace du côté opposé à la paralysie ; on la suspendra à un cadre en bois afin d'éviter que son poids soit supporté par le malade.

Puissante dérivation vers l'intestin à l'aide de l'eau-de-vie allemande, si le patient peut avaler, d'un lavement purgatif dans le cas contraire :

Follicules de séné.....	8 grammes
Sulfate de soude.	20 à 30 grammes
Eau..................	500 grammes

On peut faciliter les évacuations par des lavements huileux ou glycérinés.

Pendant tout le temps que l'ictus met à se dissiper on doit avoir au moins une selle par jour.

Si la respiration est très gênée et surtout si on observe le phénomène de Cheyne-Stokes, si le pouls devient irrégulier, combattre ces symptômes par les injections alternatives de caféine et d'éther, celles d'huile camphrée.

B. Lorsque l'ictus se produit assez lentement, lorsque l'on constate des lésions des vaisseaux ou du cœur, les probabilités sont pour le ramollissement cérébral. Le traitement sera le même que précédemment sauf que la saignée générale et même locale est presque toujours contre-indiquée. Il vaut certainement mieux employer la médication stimulante, injection d'éther et de caféine.

Dans tous les cas, on songera à vider la vessie s'il y a lieu, et l'on surveillera le siège pour parer, autant que possible, par une propreté minutieuse, la tension des draps, les changements de position, à la production d'eschares.

De suite après l'attaque, on se gardera de toute médication énergique, repos, glace sur la tête comme ci-dessus, diète liquide.

Hygiène prophylactique du congestif. — Exercice modéré chaque jour. Manger peu surtout le soir, et ne prendre que des aliments de digestion facile, ne jamais dormir après les repas, ne pas rester au lit plus de 7 à 8 heures et ne pas se recoucher lorsqu'on s'est levé un peu tôt le matin. Combattre avec le plus grand soin la constipation par l'Iodure de potassium.

Iodure de potassium...	10	grammes.
Bromure de —	10	—
Eau distillée.........	100	—

(Lemoine.)

Deux cuillerées à soupe par jour dans du lait.

Continuer longtemps en se reposant plusieurs jours par mois et en variant les doses selon les effets.

II

a. Syphilis cérébrale. — Nécessité d'une thérapeutique hâtive. Traitement mixte. Friction mercurielle quotidienne avec 6 ou 8 grammes d'onguent.

Iodure de potassium 6 à 8 grammes (autant que le malade peut en supporter sans accidents) par doses fractionnées dans du lait.

b. Impaludisme. — Injection sous-cutanée de 2 grammes de bromydrate de quinine.

c. Urémie. — Eau-de-vie allemande, 25 grammes, lait; saignée souvent très utile.

COURRIER

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Patoir est nommé chef de clinique médicale.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Froelich, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur Ausset est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Faculté des sciences de Paris. — M. le professeur Friedel ouvrira son cours de chimie organique (3, rue Michelet), le vendredi 2 mars, à dix heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera principalement des composés de la série aromatique.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Hobbs est nommé chef de clinique médicale. — M. le docteur Mongour est nommé chef de clinique adjoint. — M. Grimard est chargé des fonctions d'aide d'anatomie. — M. le docteur Ozoux est nommé chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants (emploi nouveau). — M. le docteur Ziégler est nommé chef de clinique adjoint des maladies chirurgicales des enfants.

— Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont.

— Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

Congrès national d'assistance publique de Lyon. — La nouvelle loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite et le remaniement devenu nécessaire de la loi Roussel sur le service des enfants assistés exigent une prochaine réunion de toutes les personnes qui

s'occupent d'assistance; un Congrès national d'assistance a donc été organisé et tiendra ses séances à Lyon du 25 au 30 juin 1894 pendant la prochaine exposition.

Les personnes qui désireraient recevoir le programme du Congrès et se faire inscrire comme membres adhérents peuvent, dès à présent, s'adresser à M. Francis Sabran, secrétaire général du Congrès, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, à Lyon.

Service médical de nuit a Vienne. — Cette capitale a l'intention d'organiser un service médical de nuit comme à Paris. Les médecins désignés pour ce service recevraient par chaque visite une somme de trois florins (environ 7 fr. 50) de la ville, dans les cas où le malade qui aurait recours à leurs soins ne les rétribuerait pas lui-même.

L'admission des femmes aux études médicales. — Le conseil supérieur de santé d'Autriche-Hongrie a étudié la question de l'admission des femmes aux études médicales. La conclusion de la discussion a été que, dans les conditions actuelles, il n'était point nécessaire de favoriser pour les femmes l'accès des hautes études, et qu'il était indispensable d'exiger des étudiantes en médecine les mêmes études antérieures et les mêmes examens que ceux exigés des étudiants du sexe masculin.

D'autre part, à Innsbruck, M. Ehrendorfer, à l'occasion d'un exposé des progrès de l'obstétrique et de la gynécologie, a discuté la même question et s'est prononcé contre cette admission. A son avis, les femmes feront d'excellentes accoucheuses et garde-malades, mais non de bons médecins.

La Russie, au contraire, elle, serait envahie par les doctoresses. Elles sont à l'heure actuelle plus de sept cents femmes exerçant la médecine. Beaucoup sont attachées à des hôpitaux, à des maisons d'enseignement ou à des établissements industriels. La plupart des autres sont appointées par les municipalités.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours du semestre d'été.* — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 5 mars 1894, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne le mardi 6 mars 1894, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 6 mars 1894, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Chauffard, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le mardi 6 mars 1894, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (professeur : M. Bouchard). — *Objet du cours* : Déterminations organiques et séméiologie pathogénique des maladies infectieuses.

M. Tuffier, agrégé, chargé de cours, commencera le cours complémentaire de pathologie chirurgicale le lundi 5 mars 1894, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Gabriel Pouchet reprendra la série de démonstrations pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie, au laboratoire de pharmacologie, le jeudi 8 mars, à 5 heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. — *Objet du cours* : Drogues et médicaments d'origine végétale.

M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 7 mars 1894, à 11 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera le cours d'anatomie

le vendredi 2 mars 1894, à une heure (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera tous les jours, à la même heure.

M. Gibert, agrégé, commencera les conférences de thérapeutique le mardi 6 mars 1894. à 6 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — *Sujet des conférences* : Régimes alimentaires. Médicaments. Art de formuler.

M. Roger, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne le mercredi 7 mars 1894, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Delbet, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe le mardi 6 mars 1894, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardi suivants, à la même heure.

M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le lund 5 mars 1894, à 2 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. Gaucher, agrégé, commencera les conférences sur les maladies de la peau le mercredi 7 mars, à 3 heures, à la Faculté de médecine, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans le même amphithéâtre, — et tous les dimanches, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques. — Les leçons du dimanche matin, à l'hôpital Saint-Louis, seront des démonstrations cliniques et pratiques, relatives aux sujets traités théoriquement dans les leçons des mercredis et des vendredis à la Faculté.

M. Gley, agrégé, commencera les conférences de physiologie le jeudi 8 mars 1894, à 4 heures (amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le lundi 5 mars 1894, sous la direction de M. le Dr Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis à 4 heures. Les élèves de 2e et de 3e année (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Ils seront divisés par séries et recevront une lettre de convocation spéciale.

M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie le lundi 5 mars 1894, à 5 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Villejean, agrégé, commencera les conférences de chimie médicale le mercredi 7 mars 1894, à 1 heure de l'après-midi (grand amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. André, agrégé, commencera les conférences de pharmacologie le mardi 6 mars 1894, à 5 heures (amphithéâtre Laennec), et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Alix (de Saint-Jean-de-Losne) et Poulet-Bachelard (de Jeumont).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Disons-le tout de suite, nous pensons que les discussions qui s'éternisent perdent un peu de leur intérêt et, avant d'entendre des communications nouvelles, il nous semble qu'il eût été préférable de terminer cette question de la *trépanation* qui est pendante depuis plusieurs mois. La discussion sur ce sujet n'a cependant occupé que la dernière partie de la séance, dont le début a été consacré tout d'abord à la lecture d'une observation d'A. Reverdin.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire chez une femme de 24 ans, opérée déjà depuis trois mois, quand elle vit se reproduire une nouvelle tuméfaction qui fut prise pour une seconde tumeur kystique. Une seconde intervention fut décidée ; mais la laparotomie médiane fit tomber le couteau sur des adhérences, l'intestin fut sectionné, déchiré sur une longueur assez grande pour nécessiter sa résection. Douze centimètres furent ainsi enlevés et la tumeur fut ensuite ponctionnée. Un liquide louche sortit par l'incision, puis il fallut extraire un fœtus et son placenta. Il y avait eu de l'hydramnios. L'utérus était aminci, altéré dans sa structure, M. Reverdin l'enleva et la malade guérit.

Il est certain que ce diagnostic était difficile à faire ; c'est ce que le chirurgien de Genève n'a pas de peine à démontrer dans les quelques réflexions qui accompagnent l'observation.

M. Kirmisson monte ensuite à la tribune pour faire un rapport sur un cas de *luxation obturatrice au cours d'un rhumatisme articulaire aigu.* On se souvient de la malade présentée par M. Hartmann, guérie de cette luxation spontanée par des manœuvres faites sous le sommeil chloroformique. Pour rentrer la tête dans l'acétabulum, notre collègue fut obligé d'utiliser le poids de la malade, et faisant l'extension à l'aide du membre placé sur son épaule, en même temps que des mouvements de latéralité et de torsion, il parvint à obtenir la réduction. Rien de particulier à signaler sur cette thérapeutique bien conduite. Mais le rapporteur fait observer que ces cas sont rares, rappelle les travaux de M. Verneuil qui, en 1883, apporta à la Société de chirurgie 7 observations analogues, dont 5 ayant trait à l'articulation de la hanche. Depuis, Delens, Guttenbock, Sonnenburg, M. Kirmisson lui-même, et tout dernièrement John Evens (de Bristol) en 1893, en ont rapporté des exemples.

La pathogénie de ces luxations spontanées a, du reste, été très discutée. Pour J.-L. Petit, on le sait, l'épanchement était seul en cause, il distendait l'article et faisait sortir la tête de sa cavité articulaire. Pour Verneuil, c'est à la paralysie de certains groupes musculaires, permettant aux antagonistes d'agir seuls, qu'il faut rapporter la luxation. Dans l'espèce, cette théorie s'accorde difficilement avec la situation de la tête fémorale dans le trou obturateur, car chez la malade de M. Hartmann les fessiers étaient paré-

siés comme dans toutes les affections articulaires de la hanche, et cependant la luxation s'est produite en dedans. Aussi faut-il plutôt attribuer ces lésions curieuses à la présence de l'épanchement en même temps qu'à l'attitude vicieuse et non corrigée prise par le membre malade.

Nous passons, avec M. Routier, au traitement des *fistules recto-vaginales*. Quand elles sont rapprochées de l'anus, il n'y a qu'à fendre le sphincter et à les traiter comme une déchirure du périnée; mais, lorsqu'elles sont placées très haut et même lorsqu'elles s'accompagnent d'une perte de substance totale sur une largeur de 6 à 8 centimètres, il faut avoir recours à un autre traitement. Autrefois, on faisait plusieurs plans de suture qui manquaient presque toujours. Aussi, chez une de ses malades, M. Routier a-t-il employé le procédé suivant :

Il a traité d'abord le rectum comme s'il s'agissait d'une plaie sur le gros intestin, en le libérant des deux côtés et en le recousant à l'aide de la suture de Lembert, puis, ce rectum refait, il a avivé le périnée et le vagin en faisant une périnéorraphie suivant la méthode d'Emmet. Cette manière de faire lui a du reste parfaitement réussi. M. Pozzi lui fait remarquer que ce procédé a été déjà décrit et employé par Fritsch et Walzberg. Pour sa part, il ne l'emploie pas, car on peut arriver à réparer ces pertes de substance, même quand elles sont considérables, à l'aide du dédoublement de la cloison recto-vaginal, imaginé par Lawson-Tait.

La question de la *trépanation* est alors reprise et elle amène successivement deux professeurs à donner leur avis. C'est d'abord M. Le Dentu, qui estime que ce n'est pas tout de savoir si l'intervention est inoffensive ; il faut encore pour lui qu'elle ait une véritable utilité. Pour cela il faudrait d'abord pouvoir extraire le projectile, or on ne sait pas où il se trouve; car les symptômes qui manifestent sa pénétration dans la substance cérébrale existent bien, mais sont en général vagues. De plus, il peut se réfléchir en frappant la paroi osseuse opposée, comme l'ont démontré MM. Delbet et Dagron, et cela suivant un trajet de 2, 3 et même 6 centimètres.

Dernièrement, le chirurgien de Necker en a observé un exemple frappant. La balle, en traversant le cerveau, étant entrée à droite, avait occasionné une paralysie du bras droit et de l'aphasie, elle avait donc touché les circonvolutions frontales gauche. Le malade allait mieux quand il mourut d'une pneumonie intercurrente. Le projectile fut retrouvé dans le pli courbe.

Les localisations ne sont pas non plus un guide très sûr et M. Le Dentu en rappelle un exemple. Une balle entrée par la région frontale avait encore déterminé de l'aphasie et de la paralysie du bras droit; elle avait donc lésé la zone motrice gauche. Elle fut retrouvée dans la partie postérieure du lobe occipital gauche, ce qu'on avait soupçonné à cause de la persistance des vomissements.

Il est donc impossible de connaître le siège du projectile. On ne peut donc, d'une façon générale, recommander sa recherche.

A-t-on l'espoir, en trépanant, de pouvoir désinfecter le trajet de la balle dans sa totalité? Certes, non, puisqu'on ne le connaît pas et que les tentatives de recherches sont imprudentes.

On ne peut donc nettoyer et antisepsier que les lésions superficielles, qu'enlever les esquilles qui n'ont pas pénétré profondément, que traiter un

épanchement intra-cranien, lésion rare, du reste, et, dans ces cas particuliers, la trépanation peut être indiquée ; mais elle ne peut véritablement pas être posée en règle, d'autant plus que les malades peuvent guérir avec un projectile dans le crâne, et M. Le Dentu cite à l'appui de son dire une observation toute récente ; la balle avait dénoté son siège au voisinage du sinus caverneux en lésant les nerfs moteur oculaire externe et pathétique, elle n'avait pas déterminé d'anévrysme antéro-veinenx entre la carotide et ce sinus. M. Le Dentu n'alla cependant pas à sa recherche et il s'en félicite, car le blessé est aujourd'hui en parfaite santé.

M. Terrier prend ensuite la parole et affirme nettement son opinion. Pour lui, quand on a la certitude que la balle a pénétré dans le cerveau, il faut trépaner. On a soutenu longtemps le contraire. Otis, après la guerre de sécession, a vanté l'abstention ; mais il s'agissait d'armes de guerre. Les « revolvers civils » donnent lieu à une thérapeutique différente.

Le chirurgien de Bichat cite ensuite un travail d'un chirurgien belge, Gallez, qui conclut, après avoir été assez hésitant au début, que, si les accidents sont pressants et qu'on puisse espérer extraire la balle, il faut intervenir. Or, les accidents sont toujours pressants quand on a un projectile dans le cerveau.

Quant à la recherche du projectile elle est bien hasardeuse. On peut explorer le trajet jusqu'à 4 centimètres, a dit un orateur dans la précédente séance, pourquoi s'arrêter là si on commence. Mais, faut-il commencer ? Eh bien, non ; car toute tentative d'exploration du trajet fera certainement des fausses routes. M. Terrier en cite un exemple : il a exploré à l'aide d'une bougie, instrument souple pourtant, le cerveau d'un homme qui avait une plaie pénétrante dans la région temporale, et il a fait une fausse route. L'autopsie l'a démontré. Quant aux localisations, si elles donnent des indices, peut-on en conclure le siège précis de la balle ? Non, car on ne sait si c'est le centre moteur ou un des conducteurs qui a été intéressé. En somme, il faut toujours trépaner ; on peut ainsi désinfecter la plaie, enlever les esquilles superficielles et constater de visu ce qui se passe du côté du cerveau ; suivant cette constatation on devra agir ou s'abstenir ; mais il faut savoir que le trépan est bénin et que la chose grave c'est la lésion produite par le projectile.

Eugène Rochard.

REVUE GÉNÉRALE

—

Les théories de l'Immunité

L'Immunité, ou aptitude de l'organisme à se défendre avec avantage contre une infection, peut être soit congénitale, soit acquise. Un grand nombre de théories, depuis la découverte des microorganismes, ont tenté d'en expliquer le mécanisme. Plusieurs n'ont qu'un intérêt historique et nous ne nous y arrêterons pas ; trois sont actuellement très discutées et doivent être étudiées en détail. Ce sont les théories de la Phagocytose — du pouvoir bactéricide du sang — des antitoxines.

I

La théorie de la phagocytose est toute entière due à Metchnikoff ; nous allons l'exposer d'après lui (1).

La phagocytose s'exerce par les leucocytes ou globules blancs du sang et de la lymphe dont il a distingué plusieurs variétés. Les *lymphocytes* sont de petits leucocytes avec un gros noyau entouré d'une petite quantité de protoplasma ; ils sont très abondants dans la lymphe et présentent tous les degrés de passage aux leucocytes plus volumineux appelés *leucocytes mono-nucléaires* dont le noyau est souvent en forme de rein ou de fève. Les *leucocytes éosinophiles* d'Ekrlich ont un noyau lobé et leur protoplasma contient de grosses granulations qui se colorent par les couleurs d'aniline acide surtout par l'éosine ; ils se développent aux dépens de la mœlle des os. Les leucocytes les plus nombreux peuvent être appelés *Polynucléaires* bien que le plus souvent le noyau soit seulement divisé en plusieurs parties par des filaments très minces ; leur protoplasma renferme des granulations qui ne se colorent que par un mélange des couleurs acides et des couleurs basiques d'aniline, aussi appelle-t-on souvent ces corps des *leucocytes neutrophiles* ; ils se développent dans le sang aux dépens de petites cellules fournies par différents organes (Ouskoff).

Les leucocytes émettent tous des appendices protoplasmiques qui leur permettent de se mouvoir, mais ils ne sont pas tous capables d'englober les corps étrangers, c'est-à-dire de jouer le rôle de phagocyte. Cette propriété n'appartient qu'aux cellules mono-nucléaires et neutrophiles *et leur permet d'englober les microorganismes au contact desquels ils se trouvent*. Ces microorganismes sont souvent englobés à l'état vivant. C'est ainsi que des leucocytes de pigeon ou se trouvent des bacilles charbonneux étant introduits dans un bouillon nuisible pour eux, on voit les bacilles pousser en perçant le protoplasma cellulaire. Mais les leucocytes n'englobent pas tous les microbes avec lesquelles ils se trouvent en contact, ils exercent un choix. Chez l'homme, par exemple, les leucocytes polynucléaires englobent les streptocoques de l'érysipèle et les gonocoques que n'absorbent pas les leucocytes mononucléaires. Même lorsqu'un animal est très sensible à une bactérie quelconque, il n'arrive pas toujours que ses leucocytes puissent l'englober.

Ces différences de sensibilité des leucocytes tiennent à ce que Leber a appelé la *sensibilité chimiotactique*. En provoquant une kératite chez les lapins par un corps extrait des cultures du staphylococcus aureus, cet auteur a vu les leucocytes attirés à distance vers le lieu d'inoculation et a pu, par un dispositif ingénieux les faire cheminer en sens inverse de la pesanteur. Il y a là une sorte d'attraction chimique, mise en évidence par Massart et Bordet qui ont vu les leucocytes de la grenouille être attirés en grand nombre par les liquides de culture de divers microbes, principalement le staphylococcus pyogenes albus. Les mêmes propriétés ont été observées par beaucoup d'expérimentateurs sur les leucocytes des animaux à sang chaud et on peut regarder la propriété chimiotactique comme générale. Les leucocytes sont donc attirés à distance grâce à cette propriété,

(1) Leçons sur la Pathologie comparée de l'Inflammation, Paris, 1892.

puis, leur sensibilité tactile leur sert à englober les microbes. Alors ces derniers sont attaqués par les sucs digestifs et disparaissent. C'est ainsi que dans l'intérieur des leucocytes de la grenouille, les bactéridies charbonneuses peuvent d'abord être colorées, par la vésuvine, puis perdent leur affinité pour la matière colorante, qu'ensuite on ne peut plus voir que la membrane du microorganisme et qu'enfin cette dernière disparaît à son tour. Parfois même lorsque les leucocytes ne peuvent tuer les microbes, ils les empêchent de croître et, par exemple, lorsqu'ils contiennent des spores de la bactéridie charbonneuse, ces dernières, bien qu'ayant conservé leur virulence, sont incapables de germer dans le corps des leucocytes vivants.

Mais s'il y a inoculation de microbes dorés d'une virulence excessive les leucocytes n'accourent pas toujours et il y a alors chimiotaxie négative. Mis en présence de ces microbes les leucocytes restent dans l'intérieur des vaisseaux et ne peuvent jouer leur rôle préservateur.

On peut appliquer cette théorie de la phagocytose à la production de l'immunité de la façon suivante : Les leucocytes (et probablement d'autres cellules mésodermiques de l'organisme, telles que celles de l'endothélium des vaisseaux par exemple) sont chez un animal vacciné ou ayant subi une première infection habitués aux toxines sécrétées par le microorganisme en cause ; si alors une nouvelle infection est tentée les leucocytes attirés en grand nombre par une chimiotaxie devenue toujours positive englobent le microbe avant qu'il n'ait eu le temps de fabriquer assez de toxines pour atteindre sérieusement l'organisme. Dans l'organisme de l'animal réfractaire naturellement ou artificiellement la chimiotaxie est toujours positive. De plus, les cellules transmettent leur propriété à une série de générations, le temps pendant lequel la transmission peut s'effectuer, varie selon le microbe, l'intensité de l'infection primitive, l'idiosyncrasie de l'individu.

En fait, l'immunité, dans la théorie de la phagocytose, est l'accoutumance des leucocytes aux toxines.

L'expérience type en faveur de la théorie est la suivante : soient un lapin normal et un autre immunisé contre le bacille pyocyanique, si on les inocule tous deux sous la peau et exactement de la même manière avec ce bacille on voit que chez le lapin immunisé les leucocytes arrrivent en grand nombre, tandis que chez le lapin non vacciné antérieurement ils sont au même moment fort rares.

Cette expérience est indiscutable, mais elle ne prouve pas, pour Charrin, que la phagocytose soit constante et qu'elle ait la grande valeur qu'on a voulu lui donner.

On inocule la bactérie pyocyanique à 10 lapins, 5 vaccinés et 5 non vaccinés, et tous les quarts d'heures on prélève une goutte d'œdème. Cette goutte est diluée dans 10 centimètres cubes d'eau bouillie, puis une nouvelle goutte du mélange est introduite dans 5 centimètres cubes de gélatine en plaques que l'on fait ensuite solidifier. Dans ces conditions, il est facile de voir qu'avant toute apparition de leucocytes les colonies provenant de la culture des humeurs des animaux non vaccinés sont plus abondantes et plus riches en pigment. Il y a donc dans les humeurs des vaccinés une modification des bactéries indépendante de la présence des leucocytes.

Il suit de cette expérience que la théorie de la phagocytose ne peut tout

expliquer. Aussi beaucoup de savants font-ils jouer un grand rôle au pouvoir bactéricide du sérum sanguin.

II

Grohman le premier, en 1884, a montré que, lorsque l'on sème des microbes dans le sang, leur vitalité est atténuée et Fodor a fait ensuite la même constatation. Puis vinrent les travaux de Nissen, Nuttal, Flugge, qui mirent en évidence les dégénérescences que subissent les microorganismes introduits dans le sérum du sang.

Il nous est impossible d'indiquer ici même les principaux travaux qu'a suscités l'étude du pouvoir bactéricide du sang et pour tout citer, nous en serions réduits à faire une fastidieuse énumération. Nous préférons donc résumer simplement quelques-uns des mémoires les plus importants publiés sur la question et montrer ensuite comment on a essayé de rattacher la propriété bactéricide du sérum à la conception de la phagocytose.

Buchner a constaté que le sérum du sang exposé à une température de 52 à 55° perdait à la fois et son pouvoir bactéricide et son pouvoir globulicide vis-à-vis des globules rouges d'une autre espèce. Il est probable, pour lui, que ces deux propriétés sont dues à une substance identique ou analogue, probablement une protéide. Lorsque l'on étend du sérum de chien ou de lapin de 5 à 10 fois avec la solution physiologique de sel marin, c'est à peine si les propriétés bactéricide et globulicide sont diminuées. Mais si la solution saline est remplacée par de l'eau distillée, le sérum perd tout effet. Le sérum ainsi rendu inactif voit son pouvoir reparaître si l'on ajoute du chlorure de sodium. Il s'en suivrait que les sels minéraux jouent un grand rôle dans le pouvoir bactéricide tout en n'étant pas eux-mêmes antimicrobiens ainsi que l'expérience l'a montré. Des recherches poursuivies avec persévérance ont montré à Buchner que ce sont les sels alcalins qui jouissent d'une sorte de pouvoir conservateur vis-à-vis des substances actives du sérum, de même qu'ils ont une action analogue relativement aux globules rouges ; aussi cet auteur admet-il par analogie que la substance active est un corps albuminoïde complexe qu'il désigne sous le nom d'alexine ; il pourrait y avoir plusieurs alexines.

Dès 1891, Pane avait dit que c'est l'alcalinité du milieu qui est la cause du pouvoir bactéricide du sérum. Ogata a cru réussir à préparer un extrait glycériné renfermant la substance bactéricide du sérum, mais ses résultats ont été contredits par Petermann.

D'après Christmas, l'influence bactéricide du sérum lui-même serait très faible, tandis que les substances albuminoïdes en solution aqueuse sont beaucoup plus actives. Du reste, pour cet auteur, les substances albuminoïdes des organes en solution aqueuse se comporteraient de même. Dans les deux cas, il y aurait peut-être difficulté d'assimilation par les microbes plutôt que pouvoir bactéricide. Cependant Hankin a retiré de la rate du lapin et du rat des corps qu'il appelle globulines de défense. En opérant sur des animaux rendus réfractaires au charbon, Chritmas a pu obtenir un extrait aqueux d'albumine qui, non seulement, ne fournissait pas un milieu favorable à la multiplication de la bactéridie charbonneuse, mais, de plus, quand on y ajoutait du liquide nutritif, s'opposait au développement de cette bactéridie. Ces expériences sont importantes pour l'explication de l'im-

munité. Charrin et Roger avaient déjà constaté que le bacille du charbon bactérien se développe difficilement dans les chairs inertes des souris et que le sérum du cobaye vacciné contre le charbon symptomatique a des propriétés germicides accrues.

Cependant Sanarelli a vu que les microbes se développent bien dans le sérum des animaux vaccinés et y acquièrent même une virulence plus grande. Cependant ce sérum posséderait des qualités préventives très marquées ; en l'inoculant on stimule l'activité cellulaire et les leucocytes entrent en action avec énergie pour détruire les microbes. Si l'on refroidit le corps (application de l'expérience de Pasteur rendant des poules infectables par la bactéridie charbonneuse en les refroidissant) les phagocytes sont paralysés et l'infection se produit.

Ces recherches nous ramènent à la théorie de la phagocytose. Il en est de même de celles poursuivies par Lubacch, Buchner, Nissen, Hankin, et dont les principaux résultats sont les suivants : la destruction des microbes dans le sérum est beaucoup plus rapide et plus intense en dehors de l'organisme que dans les vaisseaux ; — si on laisse se déposer les cellules et les matières protéiques du sang défibriné, la puissance bactéricide se trouve dans le dépôt et non dans le sérum ; — lorsque les leucocytes restent intacts en dehors de l'organisme le sérum n'est pas bactéricide, il le devient lorsque les globules blancs se détruisent. De tout cela il résulterait que les phagocytes tuent les microbes en les digérant et que la puissance bactéricide faible du sérum vivant résulte de la dissolution de quelques phagocytes dans l'organisme.

III

Reste la théorie de l'antitoxine, rajeunissement des anciennes idées de Chauveau

Behring et Kitasato, Brieger, Tizoni et Cattani, Roux et Vaillard, sont surtout les promoteurs de la nouvelle théorie qui, du reste, jusqu'à présent, ne semble guère s'appliquer qu'à la diphtérie et au tétanos.

Voici les principales expériences tendant à prouver l'existence dans le sang des vaccinés ou des réfractaires au tétanos, d'une substance antitoxique.

Lorsque l'on prend du sang d'un animal tel que la souris, le cobaye, le lapin, antérieurement immunisé contre la diphtérie ou le tétanos, ce sang, privé de ses éléments cellulaires, immunise contre la diphtérie ou le tétanos ; — on peut neutraliser les toxines tétaniques en les mélangeant soit à des corps n'existant pas dans l'organisme, tel que le trichlorure d'iode, ou à des produits cellulaires, tel que l'extrait aqueux de thymus ; — le mélange d'une solution iodée aux toxines tétaniques donne un liquide vaccinal qui, injecté aux animaux, leur confère l'immunité ; — le sérum des animaux immunisés détruit *in vitro* une certaine quantité de toxines tétaniques ; — l'antitoxine peut être isolée sous forme de poudre blanche ; cette poudre perd toute action lorsqu'elle est chauffée à 68° pendant une demi-heure, ne dialyse pas, précipite par l'alcool absolu (Tizzoni et Cattani) ; — on peut préparer un sérum préventif et curatif de la diphtérie qui neutralise les toxines diphtéritiques.

Appliquées à l'explication de l'immunité, ces expériences conduisent à admettre qu'il existe dans le sang des animaux qui ont subi une première

infection ou une vaccination une substance antiseptique qui détruit, annihile les toxines microbiennes.

Cette théorie nouvelle est-elle à l'abri de toute attaque? Loin de là. Behring et Schutz ont constaté que l'immunité contre le tétanos persistant, la quantité d'antitoxine diminue dans le sang et que l'animal restant réfractaire ne peut plus fournir de sérum antitoxique. D'autre part, on sait que les sérums antitoxiques ne confèrent, le plus souvent, qu'une immunité passagère, par suite de l'élimination de l'antitoxine par les urines.

Enfin, tout récemment, Buchner est venu montrer qu'un contact prolongé du poison tétanique avec l'antitoxine ne détruit pas le premier et, pour lui, ces deux substances ne sont antagonistes qu'en ce sens que l'une, l'antitoxine, prive l'organisme, les tissus, les territoires cellulaires, de leur réceptivité pour la toxine, le poison du tétanos. Actuellement, Tizzoni et Cattani admettent cette interprétation et pensent aussi que l'antitoxine tétanique ne détruit pas le poison, mais préserve l'organisme contre ses effets.

IV

Est-il possible de prendre parti entre les différentes théories?

Bouchard, Charrin, sont éclectiques : L'imprégnation de l'organisme par les toxines modifie la constitution ; une des conséquence de cette modification aboutit à la formation, par nos cellules, de principes bactéricides. Lorsque le microbe pénètre de nouveau dans ces humeurs, ces principes l'affaiblissent ; il ne donne pas naissance à la totalité de ses sécrétions, ou, du moins, s'il les fabrique, il ne les engendre pas en quantité voulue. Parmi les toxines qui font défaut, il en est qui resserrent les capillaires ; ces toxines absentes, les vaisseaux se dilatent. Dès lors les leucocytes sortent librement ; dès lors les phagocytes accourent ; dès lors la destruction des ennemis commence d'autant plus facilement que le nombre, la quantité de ces ennemis ont subi les effets de matières peu favorables. Chez un sujet normal, les substances microbicides n'existent pas, les bactéries pullulent à l'infini et engendrent les différents composés, y compris ceux qui s'opposent à l'arrivée des défenseurs.

Cette théorie admet comme démontrée l'action de certaines toxines sur les vaso-moteurs, action que des expériences de Metchnikoff, de Sanarelli, tendent à rendre peu probable; elle ne tient pas compte du passage vraisemblable dans le sang des substances contenues dans les leucocytes ; elle s'appuie sur des faits (atténuation des parasites renfermés dans des sortes de sacs en baudruche perméable aux liquides seuls) dont l'inexactitude est aujourd'hui démontrée. Aussi croyons nous que, dans l'état actuel de la science, et en laissant de côté la théorie des antitoxines déjà combattue, celle de Metchnikoff répond à la grande majorité des faits.

Paul CHÉRON.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement d'une attaque d'apoplexie

L'attaque d'apoplexie, chacun le sait, reconnait un grand nombre de causes. En dehors de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral qui en sont le plus habituelle-

ment l'origine, elle peut dépendre de la présence d'une tumeur cérébrale syphilitique ou non, survenir comme épisode dans le cours d'une sclérose en plaques, d'une paralysie générale ou même encore être l'un des symptômes d'une intoxication paludéenne, urémique. Le diagnostic de la cause devrait donc précéder l'institution du traitement. Malheureusement, ce diagnostic que l'on devra toujours tenter (examen du cœur et des artères, recherche des antécédents, caractères de l'attaque elle-même, lésions diverses anciennes ou récentes présentées par le malade), est souvent impossible et, d'autre part, il importe d'agir vite, on doit donc indiquer la conduite à tenir au moment de l'ictus, supposé dû à un ramollissement, à une hémorrhagie ou à une congestion, lorsqu'il est impossible de songer à une autre origine, et celle qu'il convient de suivre, lorsqu'au contraire on arrive au diagnostic de syphilis, d'impaludisme ou d'urémie.

I. Au moment de l'attaque, on doit aussitôt *asseoir* le malade et le maintenir dans cette position après l'avoir dévêtu.

Application de sinapismes sur les membres inférieurs en les entourant depuis les pieds jusqu'aux genoux d'un mélange de farine de lin et de farine de moutarde, mis en parties égales dans de l'eau tiède. On n'oubliera pas que, la sensibilité étant disparue, le malade ne peut sentir les effets de la sinapisation, il convient donc de les surveiller avec le plus grand soin. Une fois la révulsion jugée suffisante les jambes seront entourées de ouate.

a. L'attaque est-elle très complète, le malade est-il gros avec un visage rouge, des artères bondissantes, il est probable que l'on a affaire à une hémorrhagie ou à une congestion cérébrale. Si l'individu est robuste, saignée générale de 250 à 500 grammes au plus ; l'arrêter dès que la connaissance revient ou si l'état empire. Si la sclérose artérielle est très marquée, si l'on a affaire à un malade d'apparence peu vigoureuse, se contenter de placer des sangsues au niveau des apophyses mastoïdes, de 8 à 12 selon l'état des forces.

Si la face est nettement congestionnée, vessie de glace du côté opposé à la paralysie ; on la suspendra à un cadre en bois afin d'éviter que son poids soit supporté par le malade.

Puissante dérivation vers l'intestin à l'aide de l'eau-de-vie allemande, si le patient peut avaler, d'un lavement purgatif dans le cas contraire :

Follicules de séné......	8 grammes
Sulfate de soude.	20 à 30 grammes
Eau..................	500 grammes

On peut faciliter les évacuations par des lavements huileux ou glycérinés.

Pendant tout le temps que l'ictus met à se dissiper on doit avoir au moins une selle par jour.

Si la respiration est très gênée et surtout si on observe le phénomène de Cheyne-Stokes, si le pouls devient irrégulier, combattre ces symptôm s par les injections alternatives de caféine et d'éther, celles d'huile camphrée.

B. Lorsque l'ictus se produit assez lentement, lorsque l'on constate des lésions des vaisseaux ou du cœur, les probabilités sont pour le ramollissement cérébral. Le traitement sera le même que précédemment sauf que la saignée générale et même locale est presque toujours contre-indiquée. Il vaut certainement mieux employer la médication stimulante, injection d'éther et de caféine.

Dans tous les cas, on songera à vider la vessie s'il y a lieu, et l'on surveillera le siège pour parer, autant que possible, par une propreté minutieuse, la tension des draps, les changements de position, à la production d'eschares.

De suite après l'attaque, on se gardera de toute médication énergique, repos, glace sur la tête comme ci-dessus, diète liquide.

Hygiène prophylactique du congestif. — Exercice modéré chaque jour. Manger peu surtout le soir, et ne prendre que des aliments de digestion facile, ne jamais dormir après les repas, ne pas rester au lit plus de 7 à 8 heures et ne pas se recoucher lorsqu'on s'est levé un peu tôt le matin. Combattre avec le plus grand soin la constipation par l'Iodure de potassium.

Iodure de potassium...	10	grammes.
Bromure de —	10	—
Eau distillée..........	100	—

(Lemoine.)

Deux cuillerées à soupe par jour dans du lait.

Continuer longtemps en se reposant plusieurs jours par mois et en variant les doses selon les effets.

II

a. Syphilis cérébrale. — Nécessité d'une thérapeutique hâtive. Traitement mixte. Friction mercurielle quotidienne avec 6 ou 8 grammes d'onguent.

Iodure de potassium 6 à 8 grammes (autant que le malade peut en supporter sans accidents) par doses fractionnées dans du lait.

b. Impaludisme. — Injection sous-cutanée de 2 grammes de bromydrate de quinine.

c. Urémie. — Eau-de-vie allemande, 25 grammes, lait; saignée souvent très utile.

COURRIER

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Patoir est nommé chef de clinique médicale.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Froelich, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur Ausset est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Faculté des sciences de Paris. — M. le professeur Friedel ouvrira son cours de chimie organique (3, rue Michelet), le vendredi 2 mars, à dix heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera principalement des composés de la série aromatique.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Hobbs est nommé chef de clinique médicale. — M. le docteur Mongour est nommé chef de clinique adjoint. — M. Grimard est chargé des fonctions d'aide d'anatomie. — M. le docteur Ozoux est nommé chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants (emploi nouveau). — M. le docteur Ziégler est nommé chef de clinique adjoint des maladies chirurgicales des enfants.

— Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont.

— Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

Congrès national d'assistance publique de Lyon. — La nouvelle loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite et le remaniement devenu nécessaire de la loi Roussel sur le service des enfants assistés exigent une prochaine réunion de toutes les personnes qui

s'occupent d'assistance; un Congrès national d'assistance a donc été organisé et tiendra ses séances à Lyon du 25 au 30 juin 1894 pendant la prochaine exposition.

Les personnes qui désireraient recevoir le programme du Congrès et se faire inscrire comme membres adhérents peuvent, dès à présent, s'adresser à M. Francis Sabran, secrétaire général du Congrès, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, à Lyon.

Service médical de nuit a Vienne. — Cette capitale a l'intention d'organiser un service médical de nuit comme à Paris. Les médecins désignés pour ce service recevraient par chaque visite une somme de trois florins (environ 7 fr. 50) de la ville, dans les cas où le malade qui aurait recours à leurs soins ne les rétribuerait pas lui-même.

L'admission des femmes aux études médicales. — Le conseil supérieur de santé d'Autriche-Hongrie a étudié la question de l'admission des femmes aux études médicales. La conclusion de la discussion a été que, dans les conditions actuelles, il n'était point nécessaire de favoriser pour les femmes l'accès des hautes études, et qu'il était indispensable d'exiger des étudiantes en médecine les mêmes études antérieures et les mêmes examens que ceux exigés des étudiants du sexe masculin.

D'autre part, à Innsbruck, M. Ehrendorfer, à l'occasion d'un exposé des progrès de l'obstétrique et de la gynécologie, a discuté la même question et s'est prononcé contre cette admission. A son avis, les femmes feront d'excellentes accoucheuses et garde-malades, mais non de bons médecins.

La Russie, au contraire, elle, serait envahie par les doctoresses. Elles sont à l'heure actuelle plus de sept cents femmes exerçant la médecine. Beaucoup sont attachées à des hôpitaux, à des maisons d'enseignement ou à des établissements industriels. La plupart des autres sont appointées par les municipalités.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours du semestre d'été.* — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 5 mars 1894, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne le mardi 6 mars 1894, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 6 mars 1894, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Chauffard, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le mardi 6 mars 1894, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (professeur : M. Bouchard). — *Objet du cours* : Déterminations organiques et séméiologie pathogénique des maladies infectieuses.

M. Tuffier, agrégé, chargé de cours, commencera le cours complémentaire de pathologie chirurgicale le lundi 5 mars 1894, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Gabriel Pouchet reprendra la série de démonstrations pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie, au laboratoire de pharmacologie, le jeudi 8 mars, à 5 heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. — *Objet du cours* : Drogues et médicaments d'origine végétale.

M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 7 mars 1894, à 11 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera le cours d'anatomie

le vendredi 2 mars 1894, à une heure (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera tous les jours, à la même heure.

M. Gibert, agrégé, commencera les conférences de thérapeutique le mardi 6 mars 1894. à 6 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — *Sujet des conférences* : Régimes alimentaires. Médicaments. Art de formuler.

M. Roger, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne le mercredi 7 mars 1894, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Delbet, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe le mardi 6 mars 1894, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardi suivants, à la même heure.

M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le lundi 5 mars 1894, à 2 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. Gaucher, agrégé, commencera les conférences sur les maladies de la peau le mercredi 7 mars, à 3 heures, à la Faculté de médecine, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans le même amphithéâtre, — et tous les dimanches, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques. — Les leçons du dimanche matin, à l'hôpital Saint-Louis, seront des démonstrations cliniques et pratiques, relatives aux sujets traités théoriquement dans les leçons des mercredis et des vendredis à la Faculté.

M. Gley, agrégé, commencera les conférences de physiologie le jeudi 8 mars 1894, à 4 heures (amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le lundi 5 mars 1894, sous la direction de M. le Dr Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis à 4 heures. Les élèves de 2e et de 3e année (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Ils seront divisés par séries et recevront une lettre de convocation spéciale.

M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie le lundi 5 mars 1894, à 5 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Villejean, agrégé, commencera les conférences de chimie médicale le mercredi 7 mars 1894, à 1 heure de l'après-midi (grand amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. André, agrégé, commencera les conférences de pharmacologie le mardi 6 mars 1894, à 5 heures (amphithéâtre Laennec), et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Nécrologie. — MM. les docteurs Alix (de Saint-Jean-de-Losne) et Poulet-Bachelard (de Jeumont).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

BULLETIN

Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises du projet de règlement sur le service de santé, élaboré par le conseil de surveillance de l'Assistance publique et qui a été soumis il y a quelques jours au Conseil municipal. Mercredi dernier, la Société des chirurgiens des hôpitaux s'est réunie pour discuter l'article 26 qui a trait à la *création d'assistants* qui seraient dès lors officiellement reconnus par l'Assistance publique. Cette question est grosse de difficultés. Certains chirurgiens, en effet, ne veulent à aucun prix admettre une autre personne s'intercalant entre eux et leurs internes et assurent seuls leur service; d'autres, au contraire, et des jeunes, trouvent que l'assistant est indispensable et attaquent le nouveau règlement qui limite le nombre de ces places.

Il est, comme on le voit, assez difficile de rédiger un paragraphe qui puisse, dans son application, contenter tout le monde; mais n'est-on pas étonné d'entendre dire par des chirurgiens titularisés depuis peu d'années que leur service est chargé à ce point que la présence d'un aide *de leur choix* est absolument indispensable; quand, à côté, dans un service absolument semblable, leur collègue n'en réclame pas; on a aussi fait entrer en ligne de compte l'intérêt des malades, pourquoi se fait-il alors qu'en plus de son service d'hôpital on prenne d'autres charges (dispensaires ou autres!). Qu'on réclame un assistant, fort bien, mais qu'on n'aille pas mettre en avant l'intérêt des malades, quand des collègues aussi soucieux de cet intérêt que quiconque assurent leur service avec leurs seuls internes. Et puis, comme on l'a fait remarquer avec raison, il faut que cette question soit réglementée. Les hôpitaux ne sont pas la propriété des chirurgiens! et on ne peut pas y introduire qui on veut. Je sais bien que jusqu'ici on ne s'est adressé qu'à d'anciens internes, mais qui nous dit qu'un jour nous ne sommes pas exposé à voir choisir un M. X. quelconque n'ayant aucun titre et venant sans avoir fait aucune preuve, prendre place entre un chef, des internes et des externes tous soumis au concours.

Il faut donc une sanction. Certes, il y a les chirurgiens du bureau central; mais ils ne seraient pas assez nombreux si il arrivait que tous les titulaires réclament un assistant.

Prenez les admissibles au concours a-t-on proposé! parfait, et là est probablement la solution, mais on objecte que cette mesure ne laissera pas un champ assez vaste pour le choix, quelquefois difficile, de chacun des titulaires. Et il me semble, aussi, qu'on n'a pas assez songé à se servir des internes qu'on a sous la main. Au fur et à mesure que la chirurgie étend son domaine, il faut aussi augmenter celui des internes. On m'objectera qu'ils changent tous les ans; mais pourquoi ne pas leur permettre de s'attacher à un chef pendant leur quatre années d'internat, pourquoi ne pas créer *un internat de chirurgie* avec des internes restant cinq ans en fonctions; ou bien leur donner simplement la latitude de rester une année ou deux de plus comme assistant sur la demande de leur chef. On trouverait

certainement des jeunes gens qui, voulant faire plus tard de la chirurgie en province, seraient enchantés de remplir ces fonctions et on ne s'exposerait pas ainsi à avoir des « assistants à vie », dont le maître lui-même pourrait être fort embarrassé à un moment donné.

Il y a en tous cas une chose évidente, c'est que, d'ores et déjà, le conseil de surveillance et même la commission du conseil municipal ont décidé la création d'assistants, création qui sera certainement acceptée par les pouvoirs supérieurs.

Il nous a paru assez curieux de rapprocher de l'article 26 du nouveau règlement (1) le projet adressé en 1891 à M. le Directeur de l'Assistance publique, par 17 candidats au titre de chirurgien du bureau central.

I. Il est créé des assistants en chirurgie dans les hôpitaux de Paris. Ils ont pour fonctions de faire les suppléances et d'assurer le service de la consultation. Ils peuvent être chargés par le chirurgien titulaire des opérations d'urgence. Un assistant est attaché en principe à chaque service de chirurgie. Toutefois, pendant les premières années, le recrutement sera subordonné aux besoins des services et aux demandes des chefs.

II. Les assistants sont nommés par un concours spécial pour une période de six ans.

III. Chaque chef de service a le droit de désigner son assistant. Les assistants disponibles seront affectés aux services vacants par ordre d'ancienneté.

Articles additionnels. — A. Les chirurgiens du bureau central peuvent remplir les fonctions d'assistant jusqu'à leur remplacement définitif.

B. Ils conserveront les mêmes droits que par le passé relativement aux suppléances. Mais ils ne peuvent faire la suppléance de deux services à la fois.

C. Les assistants peuvent, tout en conservant leur titre, remplir les fonctions de chef de clinique.

Projet de règlement du concours des assistants. — 1° Sont admis à prendre part au concours les docteurs ayant la qualité de Français et justifiant, soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, soit de 4 années d'exercice à dater de leur thèse.

2° Les épreuves du concours consistent en : A. Une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et de pathologie externe. Il sera accordé trois heures pour cette composition. Il lui sera accordé un maximum de 30 points. B. Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie externe. Il sera accordé au candidat 20 minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 20 points. C. Trois opérations sur le cadavre : deux ligatures et une amputation Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 30 points. D. Une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat 20 minutes qu'il emploiera à son gré pour l'examen et la réflexion et 15 minutes pour l'exposition devant le jury. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 20 points.

Projet de règlement du concours pour la nomination des chirurgiens des hopitaux. — I. Chaque année, après la nomination des assistants, aura lieu, devant un deuxième jury, un concours pour deux places, au moins, de chirurgien des hôpitaux.

II. Les assistants sont seuls admis à prendre part à ce concours.

III. Les épreuves de ce concours consistent en :

A. Une épreuve de clinique orale sur un malade. Il sera accordé au candidat 20 minutes qu'il emploiera à son gré pour l'examen et la réflexion, et 15 minutes pour l'exposition devant le jury. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 20 points.

B. Une consultation écrite sur un malade, pour laquelle il sera accordé 50 minutes

(1) Voir *Union médicale* du 15 février 1894, page 219.

après 15 minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 30 points.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La conférence sanitaire internationale. — La désinfection des terrains contaminés. — Action antiseptique de l'eau de mer. — Etat sanitaire.

La conférence sanitaire internationale a tenu mardi dernier sa quatrième séance plénière et continué le cours paisible de ses travaux. Des deux questions qu'elle est appelée à traiter, il en est une sur laquelle ses membres sont parvenus sans peine à se mettre d'accord, c'était celle qui concerne la défense du golfe Persique. Elle ne mettait pas en jeu d'intérêts bien sérieux. Ce golfe est très peu fréquenté. Il n'y a guère que les navires anglais qui franchissent le détroit d'Ormuz pour porter à Bassora les produits de l'Inde et on s'est facilement entendu pour créer, près de l'entrée du détroit, un certain nombre de postes sanitaires où les bâtiments seront visités avant de gagner les eaux de Bassora.

Le second point, celui qui a trait au pélerinage de la Mecque, est plus important et plus difficile à traiter. Il demandera encore quelques séances; mais, ainsi que je l'ai dit précédemment, l'accord se fera facilement sur une question qui est déjà tranchée en principe, et la conférence aura terminé ses travaux dans une quinzaine de jours.

Chacun sait qu'il est dangereux de remuer les terrains contaminés quelle que soit la cause de leur souillure. Lorsqu'il s'agit de terrains vierges et de contrées paludéennes, on voit la fièvre intermittente se déclarer avec une intensité sans égale parmi les travailleurs. On dit aux colonies que l'Européen qui creuse la terre creuse sa tombe, et on vous montre, dans nombre de localités, des routes dont chaque mètre courant représente la vie d'un homme. Dans nos contrées, les défrichements n'offrent pas les mêmes dangers; mais, dans toutes les grandes villes, lorsqu'on remue profondément le sol pour percer des voies nouvelles, qu'on accomplit de grands travaux de démolition et qu'on expose à l'air des terrains dans lesquels des eaux impures s'infiltrent depuis des siècles, on voit surgir dans le voisinage des maladies d'un caractère particulier, des érysipèles, des angines de mauvaise nature, des affections septiques, en un mot, évidemment dues aux émanations du sol.

Pendant longtemps, on n'a pu que les constater sans en soupçonner la nature et les subir sans chercher à s'en préserver; mais, depuis que les découvertes modernes ont fait connaître les agents de ces maladies et les moyens de les détruire; on s'est préoccupé de la désinfection préalable des terrains qu'on est forcé de remuer.

La question a été traitée pour la première fois d'une manière scientifique en 1877. Il s'agissait de construire, à Clermont-Ferrand, une école d'artillerie sur un emplacement en contre-bas de cinq mètres, et de rétablir le niveau à l'aide de terres prises sur la place de l'Etoile dont le sol avait été exhaussé au siècle précédent, à l'aide de matériaux de démolition. Il y avait 4,000 mètres cubes de ces terres suspectes à transporter et le colonel, directeur de l'école d'artillerie, demanda l'avis du Comité consultatif d'hygiène

publique, sur les mesures à prendre afin d'éviter les dangers que ce transport de matériaux pouvait occasionner.

Je fus chargé du rapport, et je proposai :

1° De pratiquer des sondages dans le sol de la place de l'Etoile, pour constater la nature du terrain et d'y creuser de profondes tranchées ;

2° De désinfecter les terres, au moment de leur déplacement, en les arrosant avec une solution de sulfate de fer au 100e, à raison de 2 litres par mètre cube de terrain ;

3° D'ensemencer, après leur transport, les terres ainsi remuées avec des graines de légumineuses telles que la luzerne et le trèfle (1). Mes propositions furent adoptées.

En 1881, lors de l'exécution du canal de Tancarville, le docteur Gibert (du Havre), consulta la Société de médecine publique sur les mesures à prendre pour préserver les ouvriers et les populations riveraines des atteintes du paludisme. La Société nomma une commission dont je fis partie et dont M Léon Colin fut élu rapporteur. Il donna lecture de son travail à la séance du 23 mars 1881 et la Société en adopta les conclusions. M. Léon Colin conseillait : 1° le drainage du sol ; 2° le transport immédiat des matériaux déplacés sur le point où ils devaient être employés définitivement ; 3° l'ensemencement et la culture intensive de ces terrains rapportés (2).

Comme on le voit, il n'était plus question de la désinfection des terres déplacées, que le Comité consultatif d'hygène publique avait conseillée quatre ans auparavant, sur ma proposition, lors de la construction de l'école d'artillerie de Clermont-Ferrand. Cette idée a été reprise tout récemment et appliquée avec un plein succès au cours de deux opérations plus compromettantes encore pour la salubrité du voisinage que celles dont nous venons de parler. Elles ont été exécutées à la même époque, c'est-à-dire en 1892, et le docteur Divernesse en a fait l'objet d'un long mémoire, dont il a donné lecture à la Société de médecine publique, le 24 janvier 1894, et que la *Revue d'hygiène* a publié *in extenso* dans son numéro du 20 février (3). Il s'agissait, dans le premier cas, de curer le grand canal du parc de Versailles et, dans le second, de nettoyer de la même manière le petit lac de Saint-Mandé, situé dans le bois de Vincennes.

Le grand canal de Versailles a 23 hectares de superficie, sur une profondeur moyenne de 1m45. Il y avait près de cent ans qu'il n'avait été nettoyé et il dégageait des odeurs infectes qui se répandaient dans la ville. La quantité de vase à extraire était estimée à 85,000 mètres cubes et les habitants de Versailles étaient justement effrayés des dangers qu'allait leur faire courir cette extraction. M. Rabot, secrétaire de la commission d'hygiène de Seine-et-Oise, proposa de rendre ces boues aseptiques, en les

(1) Jules Rochard. Mesures d'hygiène qu'il conviendra de prendre à Clermont-Ferrand au moment des fouilles que nécessitera la construction de l'école d'artillerie. (*Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène.* T. VII, p. 310.)

(2) Léon Colin. Rapport sur les mesures hygiéniques à conseiller au sujet de l'exécution du canal de Tancarville. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1881. T. III, p. 301.)

(3) Aseptisation des terres contaminées avant leur transport et leur mise en culture, par M. le docteur Divernesse, membre de la commission d'hygiène de Saint-Mandé. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*. T. XVI, p. 118).

traitant par un solution de sulfate de fer et de chaux vive. Ce moyen lui avait déjà réussi dans plusieurs circonstances analogues.

Des expériences préalables furent faites par M. le docteur Thoinot. Il inocula la vase du canal, avant tout traitement, à quatre cobayes qui succombèrent à la septicémie ; il en inocula quatre autres avec les mêmes boues désinfectées par le procédé de M. Rabot et ceux-là n'éprouvèrent aucun trouble dans leur santé. M Pouchet reconnut, de son côté, que la vase du canal, après son traitement au sulfate de fer et et à la chaux, avait perdu presque toute sa matière organique.

Il fut donc décidé qu'on aurait recours à ce moyen de désinfection et que le curage serait fait, sous l'eau, comme cela se pratique dans les ports de mer, à l'aide d'une drague aspiratrice qu'on fit venir du Havre. Cette drague naviguait sur le canal et enlevait du fond la vase, les pierres et même des obus, sans troubler la couche d'eau. Le mélange avec la solution de sulfate de fer se faisait dans le tuyau d'aspiration à raison de 500 grammes par mètres cube ; la vase, rendue inodore, était déversée dans de grands bassins creusés dans les bois, près des bords du canal. A leur sortie du tuyau, elles étaient mélangées à un lait de chaux vive, à raison d'un kilogramme par mètre cube.

Le curage et l'enlèvement des vases a eu lieu pendant l'hiver de 1892 ; il a duré quatre mois et coûté 200,000 francs ; mais on n'a pas constaté la moindre indisposition parmi les ouvriers qui y ont été employés ni chez les habitants du voisinage.

Les mêmes désinfectants ont été employés avec le même succès au curage du lac de Saint-Mandé. Cette fois, il n'y a pas eu moyen de recourir à la drague aspirative, à cause des petites dimensions de la pièce d'eau et de son peu de profondeur. Ce petit lac a été creusé en 1860. Il n'a qu'un hectare et demi de surface et que $0^{m}70$ de profondeur moyenne. Il n'y avait que 2,449 mètres cubes de vase à enlever, mais il a fallu la mettre à sec. On commença par ouvrir la bonde de vidange jusqu'à ne laisser que 15 centimètres d'eau sur les vases. On y versa 300 kilogrammes de sulfate de fer en solution saturée, puis on jeta, sur ce mélange, 600 kilos de chaux vive. Deux jours après, on enleva la bonde de décharge, on creusa des rigoles et des tranchées dans la vase ainsi mise à nu, pour favoriser l'enlèvement du reste de l'eau, et on laissa s'égoutter les boues pendant 17 jours, en continuant à les arroser avec la solution de sulfate de fer et le lait de chaux, toutes les fois qu'elles exhalaient un peu d'odeur. Au bout de ce temps, la vase étant devenue assez solide et suffisamment aseptique, on l'a enlevée et transportée dans des wagonnets jusqu'à l'ancienne pyrotechnie où se trouvaient de grands vides à combler.

Grâce à l'emploi des désinfectants et aux précautions minutieuses prises à l'égard des ouvriers, cette opération n'a causé aucune indisposition ni dans leurs rangs, ni dans la population du voisinage.

Ces faits sont extrêmement intéressants. Ils prouvent que, grâce à l'emploi du sulfate de fer et de la chaux, qui sont les désinfectants les moins chers et qu'on peut, par conséquent employer en grandes masses, on parvient à accomplir de la manière la plus inoffensive, les travaux les plus dangereux pour la santé de ceux qui les exécutent. On pourrait évidemment essayer des mêmes agents pour le dessèchement des marais.

L'eau de mer jouit également d'un pouvoir antiseptique qui a été récemment constaté d'une manière expérimentale par le docteur Cassedebat, médecin-major de 1re classe (1).

Il a soumis à l'analyse bactériologique, de l'eau de mer prise : 1° dans le port d'Oran, où se déverse l'égout de la manutention ; 2° dans le petit golfe qui précède le port ; 3° au large jusqu'à une distance de 2,000 mètres. Il a reconnu que les bactéries, très nombreuses dans les eaux qui sortent de l'égout, vont en se dispersant dans le petit port, qu'elles suivent la direction du courant et se déposent sur la vase et sur les rochers, sous l'influence de la pesanteur. Une fois arrivées au large, elles se détruisent très rapidement, et M. Cassedebat a été frappé de ce fait que les eaux prises à des distances de plus en plus grandes de la jetée et ensemencées dans la gélatine peptonisée, ont donné un nombre sensiblement égal de colonies et de beaucoup inférieur à celui que fournissent les eaux recueillies dans le port.

Il en conclut que les bactéries sont beaucoup plus promptement détruites dans l'eau de mer que dans l'eau douce et que cela ne tient pas seulement à leur grande masse et au mouvement dont elles sont agitées, mais aussi à leur composition.

Il a constaté que les différentes espèces de microbes ne résistent pas de la même manière. Ainsi, tandis que le bacille d'Eberth vit à peine quelques heures dans l'eau de mer, celui du choléra y est encore en pleine activité au bout de 35 jours.

Ces faits expliquent le danger qu'il y a à déverser les eaux d'égout dans les ports sans marée, comme on le fait encore dans presque tous ceux du Midi et l'infection qui en résulte pour la ville ; ils démontrent également qu'on peut les porter au large avec sécurité et sans s'exposer à empoisonner les riverains.

L'état sanitaire de Paris s'est modifié depuis quinze jours. La fièvre typhoïde dont je signalais récemment encore la rareté et la décroissance régulière depuis donze ans, semble nous menacer, en ce moment, d'une petite épidémie. Elle a causé 13 décès pendant la 8e semaine (du 18 au 24 février) au lieu de 5 qui avaient eu lieu la semaine précédente ; mais le chiffre de la mortalité ne donne pas la mesure exacte de la situation, parce qu'il faut un certain temps avant que les décès se produisent. Le nombre des entrées aux hôpitaux est plus significatif Il a été de 157 du 10 février au 1er mars. La maladie règne dans tous les arrondissements de Paris ; cependant certains d'entre eux sont plus particulièrement atteints. Ce sont : le 11e, qui a fourni 25 entrées aux hôpitaux ; le 3e, qui en a donné 13, et le 12e, où il y en a eu 12.

La garnison de Paris présente plus de cas que la population civile, ainsi que cela arrive toujours en pareille circonstance. Toutes les casernes du centre sont atteintes au même degré ; le nombre des malades est assez élevé et quelques-uns des cas sont graves.

Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine s'est occupé de cette situation dans sa séance du 2 mars, au point de vue de l'étiologie surtout.

(1) J.-A. Cassedebat. De l'action de l'eau de mer sur les microbes. (*Revue d'hygiène*, numéro du 20 février 1894, p. 104).

Il n'est pas possible encore de se rendre compte des causes de cette recrudescence épidémique. En ce qui a trait aux casernes, elles ne sont pas encombrées, leur hygiène est l'objet d'une surveillance incessante ; les hommes ne sont pas surmenés et ne boivent que de l'eau de source. La même incertitude règne en ce qui a trait à la population civile. Une influence aussi générale ne peut tenir qu'à une cause commune à la population tout entière. L'eau de source est répandue partout avec profusion ; mais on se demande si l'une de celles qui alimentent Paris n'a pas été contaminée soit à son point de captation, soit pendant son trajet. Le service des eaux s'en préoccupe et a demandé des renseignements aux ingénieurs des localités d'où partent les sources en question.

La Commission permanente nommée par le conseil d'hygiène et de salubrité en 1892, à l'occasion de l'épidémie de choléra, a repris ses fonctions sur l'invitation de M. le secrétaire général de la préfecture de police, pour assurer de nouveau le service des informations et de la prophylaxie.

La fièvre jaune sévit à Rio-de-Janeiro et y fait de grands ravages depuis quelque temps. On compte une soixantaine de décès par jour dans la population civile. Les escadres étrangères mouillées en rade ne sont pas épargnées et le capitaine du navire de guerre autrichien le *Zvingi* a succombé à la fin du mois dernier. Tous les fléaux s'abattent à la fois sur cette malheureuse ville : la guerre civile, le bombardement et le *vomito negro*. Il faut espérer que les élections qui ont lieu en ce moment mettront fin à tous ces désordres.

Jules Rochard.

REVUE DE LA PRESSE ANGLAISE

CHIRURGIE

Il est un fait qu'ont remarqué le plus grand nombre des chirurgiens français, c'est la diminution considérable du nombre de malades atteints de *polypes nasopharingiens* qu'on est appelé à traiter soit en clientèle, soit dans la pratique hospitalière. On en a même donné la raison suivante : c'est que la chirurgie pharyngée a fait des progrès, qu'aujourd'hui, sous le nom de tumeurs adénoïdes, on extirpe toutes les productions néoplasiques qui se trouvent dans l'arrière-gorge, et cela de très bonne heure. Quoiqu'il en soit, il n'est pas sans intérêt de citer le travail de Ch. Annandale (d'Edimbourg), qui, dans le *Bristish medical journal* du 17 février 1874, expose ses idées sur l'extirpation de ces tumeurs.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on peut avoir recours à l'anse galvanique. Dans la grande majorité des cas, la situation des polypes et leur mode d'insertion exigent l'emploi du bistouri. L'hémorragie qui accompagne l'ablation des polypes nasopharyngiens a fait imaginer de nombreux procédés pour l'éviter. Mais Annandale pense qu'avec le manuel opératoire qu'il recommande ces néoplasmes peuvent être enlevés sans perte de sang considérable et il insiste sur ce fait que, aussitôt que la tumeur a été arrachée de son point d'insertion, l'hémorragie cesse rapidement.

Il a toujours recours au chloroforme qui, dans l'espèce, est le meilleur anesthésique, en ayant le soin de maintenir la tête du malade très renversée en arrière, ce qu'on obtient en la laissant pendre sur le bord de la table. Il ne fait pas de trachéotomie préventive, à moins que le polype n'empêche la respiration pendant l'anesthésie ; et, comme nous allons le dire, quoiqu'il ne fasse pas la cure lente, il préconise la voie

palatine qu'il a l'habitude de suivre. A cet effet, une fois le malade bien endormi, la tête est mise dans la position indiquée plus haut et la bouche est maintenue ouverte avec un écarteur. On passe ensuite, de chaque côté de la ligne médiane, un fil de soie dans le voile du palais et les deux fils sont confiés à un aide qui maintient ainsi le voile.

On incise alors rapidement le voile du palais, sur la ligne médiane, dans toute son étendue et, en tirant sur les fils, on écarte les deux valves ainsi formées. On énuclée alors rapidement le polype et on le détache de ses insertions osseuses avec une rugine, aidée du doigt. On saisit ensuite le pédicule avec une forte pince au ras de son insertion osseuse et on le tord Si le polype envoie un prolongement dans les narines, on le détache rapidement en le saisissant avec une pince introduite dans le nez par l'orifice externe. On s'aide au besoin avec le doigt passé derrière le voile du palais. Une fois la tumeur enlevée, on tamponne les narines avec de la gaze iodoformée et on suture le voile du palais.

M. Ch. Annandale termine en citant le cas d'un jeune homme de 22 ans, très anémié par les hémorrhagies, qu'il opéra avec un plein succès, et qui est aujourd'hui guéri. C'est à peine si l'intervention lui fit perdre quelques onces de sang.

Les *blessures de la plèvre* par les fragments d'une côte brisée sont certainement assez fréquentes ; mais, ce qui est plus rare, ce sont les perforations de ces mêmes séreuses par un corps étranger et la thérapeutique suivie dans la curieuse observation que nous allons relater par M. Bilton Pollard. (*Lancet*, 17 février 1894.)

Un jeune enfant de 2 ans et 6 mois, jouant sur le bord d'une fenêtre, tomba d'une hauteur de plusieurs mètres sur une grille, sur les pointes de laquelle il s'enfonça Immédiatement porté à l'hôpital, il était dans un état très grave, sans pouls pour ainsi dire, et avec une énorme traumatopnée. Le chirurgien cité plus haut voyant cet état, entreprit de fermer les plaies. On ne donna pas d'anesthésique et on trouva de larges plaies au fond desquelles les doigts introduits dans les plèvres sentirent le poumon retracté, et enfin des caillots qui furent enlevés de la cavité pleurale. Pour faire des sutures empêchant l'air de passer, on profita du dernier temps de l'expiration pour pincer les deux lèvres de la plaie qui furent maintenues appliquées l'une contre l'autre et les sutures furent pratiquées à la soie. L'enfant fut deux jours sous l'influence du shock ; mais le troisième jour il était déjà beaucoup mieux ; il fut pansé et les plaies étaient en parfait état. L'air contenu dans les plèvres avait été absorbé. Tout alla bien; l'enfant eut bien une légère bronchite, mais le trente-quatrième jours après l'accident il était complètement guéri et la résonnance était parfaite dans les deux poumons.

Les remarques qui accompagnent cette observation ont trait à la situation des blessures et montrent que l'enfant, d'abord tombé sur une pointe, tourna légèrement sur son axe pour se blesser du côté opposé.

M. Bilton Pollard fait encore observer combien, dans ces cas, se produisent rapidement les phénomènes d'asphyxie et de cyanose. Il insiste sur les avantages de la fermeture immédiate de ces plaies et nous ne pouvons qu'être de son avis. Il est, du reste, bien prouvé aujourd'hui que l'air entré dans la cavité pleurale s'absorbe, que le poumon reprend alors sa place et que, le fait important, c'est de faire une suture fermant bien hermétiquement la communication entre la plèvre et l'air extérieur.

M. H. Milton qui exerce au Caire, nous relate dans *The lancet*, du 24 février 1894, deux observations de *résection intestinale* et un cas d'*extirpation du cœcum*. Ce sont là des faits chirurgicaux dignes de mention, d'autant que deux des opérés ont guéri.

Le premier malade était un égyptien qui portait un anus contre nature consécutif à une opération de hernie étranglée et gangrenée. Il y avait, de plus, un volumineux prolapsus de la muqueuse, toutes conditions qui rendaient la vie intolérable au malade.

M. Milton, pour guérir cet anus contre nature n'hésita pas à adopter la résection intestinale. Il libéra donc son intestin en ouvrant la cavité périionéale et en la fermant immédiatement avec des éponges montées, puis, attirant l'anse sur laquelle portait l'anus au dehors, la faisant saisir de chaque côté par les doigts d'un aide de façon à empêcher l'issue des matières fécales, il sectionna l'intestin de chaque côté de l'orifice anormal et les réunit de la façon suivante : Il appliqua les deux extrémités sectionnées sur un tube de gélatine placé dans le calibre même de l'intestin et fit par-dessus une double suture de Lembert à la soie stérilisée.

Le ventre fut ensuite refermé et les suites opératoires furent normales. Le malade, revu quelques mois après l'intervention, jouissait de la plus parfaite santé.

Voilà donc un succès pour l'entérorraphie circulaire appliquée à la cure de l'anus contre nature. On sait que tous les chirurgiens n'adoptent pas cette manière de faire et qu'un certain nombre d'entre eux préfère encore l'application de l'entérotome suivie de la suture de l'orifice avivé. C'est ce que recommandait, il y a 15 jours à peine M. Berger à la Société de chirurgie, à propos d'une résection intestinale pratiquée par M. Chaput, pour guérir un anus chirurgical. Il est certain, pourtant, que les cas de résection suivis de succès se multiplient; mais il est difficile de faire une bonne statistique, les cas de mort étant souvent laissés sous silence. On devra, du reste, surtout pour se déterminer à adopter un procédé plutôt que l'autre, se fonder sur la grandeur de l'orifice, la forme et la largeur de l'éperon.

La seconde résection intestinale pratiquée par M. Milton fut suivie de mort; il s'agissait d'un enfant de 14 mois atteint d'invagination aiguë et irréductible. Il fut opéré dans de mauvaises conditions, déjà atteint depuis deux ou trois jours, et il mourut de shock dix heures après l'intervention.

C'était dans une hernie congénitale testiculaire que se trouvait le cœcum malade qui fait l'objet de la troisième observation de M. Milton.

Ce cœcum formait une tumeur dans les bourses, et sur cette tumeur ouverte sur une grande étendue et formée à ce niveau par une éversion de la muqueuse intestinale se trouvaient trois dépressions qui n'étaient autre chose que les abouchements du côlon ascendant de l'intestin grêle et de l'appendice vermiforme.

Il n'y avait, bien entendu, pas à songer à réparer le cœcum ouvert en presque totalité; aussi M. Milton sectionna-t-il le gros intestin puis le grêle, et aboucha l'un dans l'autre après avoir au préalable, par quelques points de suture diminué le calibre du côlon ascendant. La plaie abdominale fut refermée et guérit par première intention. La plaie scrotale bourgeonna et se cicatrisa petit à petit.

Cet enfant de 4 ans était très bien quatre mois après l'opération. M. Milton exprime ses regrets de ne pas avoir pu obtenir des parents l'histoire de la maladie. Il eut été intéressant, en effet, d'apprendre comment ce cœcum s'était ouvert, mais les Egyptiens se refusent, paraît-il, à la demande de tous les renseignements commémoratifs.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars. — Présidence de M. Ferrand

Hémorrhagie méningée d'origine charbonneuse

MM. Roger et Crochet. « Nous venons de recueillir une observation qui nous a semblé intéressante au triple point de vue clinique, anatomique et microbien. Il s'agit d'un homme qui entra dans notre service pour un érysipèle développé autour d'une fistule

maligne : la lésion datait de quatre jours, mais l'état général excellent faisait porter un pronostic assez favorable. Or, aussitôt après la visite, le malade perd brusquement connaissance. Les membres sont dans la résolution, les extrémités se cyanosent et se refroidissent, les battements cardiaques deviennent faibles et rapides (128) la respiration est accélérée (36) l'insensibilité absolue. Après quelques contractures passagères, le malade succomba dans le coma, trois heures après le début des accidents.

L'autopsie révèle une abondante infiltration de sérosité au niveau du cou, des muscles pectoraux, du tissu cellulaire, du médiastin. Le sang était épais, poisseux, couleur sépia : les muscles fortement congestionnés laissaient couler un sang noirâtre.

La lésion la plus curieuse siégeait au niveau des méninges ; toute la pie-mère encéphalique était transformée en une vrai nappe sanguine qui entourait complètement le cerveau, le bulbe, la protubérance, le cervelet, les méninges rachidiennes, étaient congestionnées à la partie inférieure de la région dorsale, de la région lombaire, il restait une hémorrhagie, formant un véritable anneau autour de la moelle.

L'examen bactériologique a permis de constater qu'on avait affaire à une double infection : l'une, due au streptocoque, était restée locale ; l'autre, dûe à la bactéridie charbonneuse, s'était généralisée. Le microbe du charbon se trouvait en abondance, et à l'exclusion de tout streptocoque, dans le sang, les viscères, les méninges. On a déjà signalé l'existence d'hémorrhagies méningées au cours de l'infection charbonneuse ; mais jamais, croyons nous, la lésion n'avait acquis une aussi grande extension que dans l'observation que nous venons de rapporter.

Ajoutons enfin que, malgré l'enquête que nous avons faite, il nous a été impossible de trouver la cause de la pustule maligne ; le malade, qui était employé dans un grand magasin de quincaillerie, prétendait qu'il avait été piqué par la paille servant à emballer les marchandises et sur laquelle il s'était couché.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'injection de naphtol camphré dans le péritoine

M. Rendu, en 1893, avait déjà traité et guéri une malade atteinte de péritonite tuberculeuse par la ponction et l'injection dans le péritoine d'alcool camphré. Cette fois, il s'agit d'une jeune Italienne de 16 ans, atteinte depuis plusieurs mois d'une ascite considérable, et entrée le 16 décembre 1893 dans son service. Il arriva par exclusion au diagnostic de péritonite tuberculeuse. Il retira six litres de liquide. Cette ponction fut suivie de l'injection (5 gr.) de naphtol camphré dans l'abdomen. Pendant deux jours, cette injection fut bien supportée, le troisième jour, elle présenta une élévation de température, de l'empâtement sous-ombilical et une pleurite gauche. Cet état congestif de la peau et des poumons dura peu de jours et disparut spontanément ainsi que la fièvre. Le 26 décembre, la malade était en voie de guérison.

Une certaine quantité de liquide péritonéal fut injectée dans le péritoine de deux cobayes. De ces deux cobayes, l'un mourut un mois après de tuberculose généralisée ; l'autre vit encore. L'autopsie du premier cobaye montre bien qu'il s'agissait de péritonite tuberculeuse.

Ces deux observations montrent bien l'inocuité et les heureux effets de l'injection abdominale de naphtol camphré dans la péritonite tuberculeuse avec ascite.

Cas de paroxysme hystérique à forme de névralgie faciale

M. Gilles de la Tourette a communiqué une observation de paroxysme hystérique à forme de névralgie faciale. Il rappelle, à propos de ce cas, qu'il a pu, en 1891, isoler du groupe encore touffu des névralgies faciales certaines crises d'origine nettement hystérique, attribuées jusqu'alors au tic douloureux de la face. C'est un cas de cet ordre que

présente précisément, suivant lui, le malade dont il s'agit. Cet homme, qui est âgé de 54 ans, présente des stigmates hystériques des plus nets.

Traitement d'urgence du pneumothorax par la thoracentèse

M. Galliard. « Dans le traitement d'urgence du pneumothorax simple, la thoracenthèse, parfois inefficace, est susceptible de soulager les malades et même de leur assurer le service. Elle permet de gagner du temps et d'attendre la période de tolérance Elle amène, dans quelques cas rares, la guérison très rapide du pneumothorax. Il faut la pratiquer à l'aide d'un fort trocart, mis en communication avec l'appareil respiratoire. Les canules à demeure ne doivent être employées que si l'on est certain d'avoir affaire au pneumothorax à soupape. Pour qu'elles ne soient pas dangereuses, il faut : 1° assurer leur fixation dans le trajet intercostal; 2° les munir d'une soupape à fonctionnement rapide ou d'un appareil de filtration irréprochable ; ces conditions semblent difficiles à réaliser en pratique.

La thoracenthèse peut être suivie d'emphysème sous-cutané généralisé, complication très grave. Elle peut être suivie d'expectoration albumineuse, complication très grave.

Quand l'emphysème sous-cutané se manifeste à la suite de la théracentèse, il faut pratiquer immédiatement la thoracotomie, mettre un drain dans la plaie et appliquer un pansement antiseptique. En dehors de cette circonstance, la thoracotomie d'emblée est à rejeter (car elle serait immédiatement suivie de suppuration pleurale) à moins qu'il n'y ait gangrène.

COURRIER

— Voici le jury du concours des chirurgiens, sauf modifications : MM. Bouilly, Guéniot, Campenon, Nicaise, Richelot, M. Sée, Siredey.

Concours des hopitaux de Paris. — La question donnée en composition écrite au concours du bureau central (médecine) a été : Etude clinique et anatomique des lésions broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde.

Les autres questions restées dans l'urne étaient : Des artérites syphilitiques ; des infections veineuses.

Hôpitaux de Paris. — Les questions orales, traitées par les candidats du concours de l'internat, qui vient de se terminer, ont été les suivantes : « Orifice aortique ; signes et diagnostic de l'angine de poitrine. — Vaisseaux et nerfs de la plante du pied : pathogénie et signes du mal perforant. — Artère rénale ; complications rénales de la scarlatine. — Plèvre pariétale ; cancer pleuro-pulmonaire. — Orifice mitral ; pathogénie et signes de l'apoplexie pulmonaire. — Articulation sterno-claviculaire ; pathogénie et signes du torticolis musculaire chronique. — Racines rachidiennes ; signes et marche des fractures de la colonne vertébrale. — Branche ophtalmique de Willis ; zona ophtalmique. — Portion membraneuse de l'urètre ; complications des rétrécissements de l'urètre. — Artères de la région du coude et leurs anastomoses ; signes et diagnostic des luxations du coude en arrière. — Vaisseaux et nerfs de l'utérus ; signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois. — Cornée transparente ; signes et diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Vésicule biliaire ; complications de la lithiase biliaire. - Bronches extra-pulmonaires ; corps étranger des voies aériennes. »

Université de Paris. — *Vacances de Pâques.* — Le Conseil général des facultés s'est réuni cette semaine. Le Conseil a fixé les vacances des congés de Pâques. Elles commenceront le 18 mars et finiront le 1er avril.

— Sont promus :

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Gazin, 89e rég. d'inf.; Stoupy, 10e rég. d'inf.; Georges, 132e rég. d'inf.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Dalphin, aide-maj. de 1re cl. aux hôpit. milit. de la div. de Constantine ; Cardot, méd. aide-maj. de 1re cl. aux troupes de l'armée de terre détachées en Annam et au Tonkin; Cot, 97e rég. d'inf.; Gilbert, méd. aide-maj. de 1re classe au 146e rég. d'inf.; Ruotte, méd. aide-maj. de 1re cl. aux hôp. mil. de la div. de Constantine ; Chevalier, méd. aide-maj. de 1re cl. hors cadre, à la disposition de M. le sous-secrétaire d'Etat des colonies ; Puig, désigné pour les hôp. milit. de la div. d'Alger ; Ecot, aide-major de 1re classe, surveillant à l'Ecole du serv. de Santé militaire.

— Sont promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de 1re classe : M. Pujol.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Cordier et Costueil, médecins auxiliaires de 2e classe de la marine.

Congrès international d'hydrothérapie marine. — La Société médicale de Boulogne-sur-Mer a pris l'initiative de réunir, du 25 au 29 juillet prochain, un congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine sous les auspices du professeur Verneuil, membre de l'Institut, et du docteur Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, président de l'œuvre des hôpitaux marins, qui ont bien voulu en accepter la présidence d'honneur.

Ce congrès, qui promet d'être des plus instructifs et des plus brillants, si nous en jugeons par les adhésions nombreuses venues spontanément des médecins les plus en vue de France, d'Angleterre, de Belgique et de Suisse, viendra compléter, d'une manière utile, la croisade entreprise par les travailleurs de tous les pays contre la tuberculose.

Toutes les questions d'hygiène et de thérapeutique marines y seront traitées. Personne n'ignore le rôle curatif et reconstituant que la mer exerce sur les constitutions débilitées en péril de tuberculose ou en proie à des multiples manifestations ; l'action toute puissante que le climat marin possède dans les convalescences difficiles ; son rôle salutaire pour préparer les grandes opérations chirurgicales et pour en assurer la guérison. Aussi sommes-nous persuadés qu'une grande somme de travaux utiles résultera de ce congrès et qu'en mettant en lumière les vertus curatives de la mer, la Société médicale de Boulogne-sur-Mer aura rendu service aux praticiens et aux malades de tous les pays.

Le lieu et l'occasion sont d'ailleurs admirablement choisis.

Boulogne-sur-Mer est on ne peut mieux situé pour une réunion internationale et possède toutes les ressources nécessaires pour mener à bien une pareille entreprise.

On vient d'y achever la construction et l'aménagement d'un établissement hydrothérapique placé au bord même de la mer, conçu avec beaucoup d'intelligence et réunissant tous les perfectionnements les plus récents.

Prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — Le *prix Lignières*, destiné à récompenser le meilleur mémoire sur *les artérites infectieuses*, a été partagé entre MM. les docteurs Crocq fils (de Bruxelles) et Thérèse (de Paris).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

BULLETIN

A l'hôpital Saint-Louis

Nous sommes persuadés que le conseil municipal, et en particulier M. Faillet, conseiller du X[e] arrondissement, qui s'occupe avec tant de zèle et d intelligence de tout ce qui concerne l'hôpital Saint-Louis, n'ont d'autre but que de servir l'intérêt des malades et celui de la justice. Aussi estimons-nous que la cause du directeur calomnié, M. Grandry, doit être absolument séparée d'une autre question, celle des abus qui viennent d'être dévoilés dans cet hôpital. Voici les faits :

A la suite de la découverte d'une cachette où la sœur surveillante de la cuisine dissimulait des denrées de diverses natures, le directeur de Saint-Louis fut pris à partie, accusé de complicité dans cette dissimulation, soupçonné d'avoir facilité la sortie des réserves semblables dans les voitures de l'établissement. L'administration prescrivit des enquêtes successives très minutieuses, à la suite desquelles on reconnut :

1° Que l'économe de l'hôpital, déplacé récemment pour insuffisance, ne surveillait jamais les livres de la cuisine, ce qui est dans ses attributions, et qu'ainsi les denrées susdites avaient pu être accumulées à son insu ;

2° Que l'honorabilité du directeur était absolument hors de cause.

Il nous paraît certain qu'il y a, au fond de cet incident regrettable, une vengeance personnelle. La suspicion qui a plané un instant sur M. Grandry s'appuie sur des lettres anonymes ou émanant d'agents renvoyés de l'hôpital pour fautes graves. Les médecins et les chirurgiens de Saint-Louis ont signé une lettre collective adressée à M. Peyron et exprimant leurs sentiments d'affectueuse considération pour le directeur dont ils connaissent le dévouement à tous les intérêts qui lui sont confiés.

Hôpital Cochin. — M. Juhel-Rénoy.

La Médication antipyrique dans les polyuries azoturiques

Avant que le malade du n° 15 de la salle Lasègue ne nous quitte, je désire appeler votre attention sur un ensemble de points, qui, tant au point de vue de l'étiologie que de la thérapeutique, me paraissent avoir un intérêt réellement pratique. En quelques mots, je vous rappellerai l'histoire du malade. Agé de 29 ans, tonnelier, cet homme, qui a des antécédents héréditaires fâcheux, a été pris, en juin 1891, de malaises subits, de fatigue disproportionnée avec son travail. A cette époque, il s'aperçut qu'une faim insatiable le tourmentait, et qu'une soif inextinguible l'obligeait à boire constamment. Admis à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Lancereaux, il fut reconnu atteint de diabète insipide. On lui donna un régime carné très

abondant (500 grammes de viande rôtie) six œufs et un litre de vin supplémentaire. A l'intérieur, il eut de l'antipyrine, il ne sait à quelles doses, mais ce fut, dit-il, sans résultat, si bien qu'on interrompit le médicament et que l'extrait de valériane à hautes doses fut donné. Grâce à lui, dit-il, il quitta l'Hôtel-Dieu plus fort et n'urinant plus que trois litres. Arrêtons-nous un instant pour affirmer que, sur ces seuls renseignements, nous pouvons être certains que notre homme n'était pas complètement guéri, il y avait une sédation assurée des principaux symptômes, mais de guérison point. La preuve péremptoire est d'ailleurs fournie par ce fait que, six mois après, en janvier 1892 il rentrait à l'hôpital Cochin, de nouveau fort affaibli, et urinant beaucoup. Nouveau traitement par l'extrait de valériane, nouvelle amélioration, mais toujours impossibilité de prononcer le mot de guérison. En juillet 1893, il contracte la syphilis, et en décembre de la même année, il reconnaît pour la troisième fois en trois ans, que sa maladie revient; c'est dans ces conditions qu'il rentre dans le service le 4 janvier. C'est un grand garçon maigre au teint terreux, à la figure fatiguée. D'ailleurs c'est là le phénomène qu'il accuse surtout. La lassitude profonde, telle est sa souffrance. Ses jambes le portent difficilement, les « reins » lui font mal, il ne peut plus rien faire, son apathie est extrême. Depuis un mois il a maigri de vingt livres au moins, et cependant, dit-il, « il boit et mange comme quatre », sans parvenir à apaiser faim ou soif, il a toujours la bouche pâteuse, il ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours, il dort mal, d'abord parce qu'il se lève très souvent pour uriner, ensuite parce qu'il est « énervé »; car, dit-il, il est devenu irritable, querelleur pour un rien.

Il nous était facile avec ces symptômes, plus encore qu'avec les renseignements que je viens de vous rapporter, de reconnaître une rechute de son diabète insipide; aussi, le lendemain, lorsque nous vîmes son bocal contenir 7 litres d'une urine jaune pâle, à réaction faiblement, acide d'une densité de 1,006, nous étions certains que le dosage de l'urée allait nous fournir l'explication de tous ces phénomènes. En effet, cet homme éliminait 41 gr. 778 d'urée par 24 heures, et son urine ne contenait aucune trace de sucre. L'examen des autres appareils nous fournissait d'utiles renseignements. C'était un affaiblissement de la vue — une myopie qui l'aurait fait réformer au régiment — une légère surdité, une fonction gustative émoussée, un sens génital absolument endormi, enfin un retard dans la perception de la sensibilité à la douleur et à la chaleur du côté droit. Les réflexes rotuliens paraissaient normaux. Le cœur, hypertrophié, laissait entendre un bruit doux lors de la diastole aortique, ses artères bondissaient, et j'admis chez lui une légère insuffisance aortique.

Voilà, brièvement rapportée, l'histoire de cette polyurie azoturique qui remonte à 3 ans et qui, calmée deux fois, se réveillait aussi intense.

Je n'insisterai pas sur ce qu'a de commun notre azoturique avec ses congénères.

Son *âge*, 29 ans, est celui où l'azoturie est la plus commune. Il est du *sexe masculin* qui fournit le plus gros apport à la maladie; enfin chez lui l'examen du système nerveux nous procure des données intéressantes et que j'ai réservées à dessein pour les examiner plus à loisir maintenant.

Il est le fils d'un alcoolique avéré, car son père est mort lors d'une attaque de *delirium tremens*. C'est pourvu de cette très fâcheuse hérédité, que le

malade a choisi, fortuitement ou à dessein, la profession de tonnelier, profession tentante s'il en fut, pour un individu prédisposé héréditairement à boire. Il a succombé, est devenu alcoolique comme son père et, comme lui, il a fait, durant son séjour au régiment, une attaque qui, d'abord décorée du nom « d'aliénation mentale », a été reconnue à Sainte-Anne, où il fut transporté, comme une vulgaire attaque de *delirium tremens*. Ici donc, l'alcoolisme est complet, tangible, et cette cause, signalée souvent à titre épisodique, acquiert ici une importance qui ne saurait être négligée. Elle nous permet d'affirmer que le système nerveux de ce malade a été gravement atteint, que l'imprégnation alcoolique a été profonde, et que, frappant sur un héréditaire, elle a pu avoir des effets décuplés. Ce n'est pas tout. Notre malade fut mordu en 1889 par un chien suspect (notre tonnelier ignore, en effet, si l'enquête a permis d'affirmer la rage), assez suspect pour que le traitement antirabique ait été institué chez Pasteur. Il a très bien supporté les inoculations, cela est avéré, mais on ne m'en concédera pas moins que chez ce taré, ce dégénéré, la secousse morale, la peur légitime ont pu déterminer un *choc*, à plus forte raison s'il s'est agi de la véritable rage, pouvons-nous affirmer que son système nerveux, cerveau, bulbe ont été mis à rude épreuve; d'ailleurs, il ajoute qu'il se trouvait mal de peur, chaque fois qu'on pratiquait les inoculations. L'étiologie présumée est ici donc fort riche, et dans une maladie aussi inconnue encore dans son essence intime que le diabète azoturique, je crois qu'il y a lieu de bien mettre en lumière ces notions. Vous m'avez entendu vous dire que, depuis six mois passés, notre tonnelier est syphilitique; mais ici nous ne saurions invoquer cette cause, puisque son chancre est postérieur de 2 ans à sa première atteinte de polyurie. Cependant, je me suis demandé si cette syphilis récente ne pouvait pas être regardée comme la cause probable de cette rechute, puisque, encore une fois, la syphilis a été souvent accusée d'être la cause provocatrice de la polypissurie — même incertitude pour se prononcer sur l'action présumée de ce diabète sur sa syphilis. — Notre homme vient d'avoir des plaques muqueuses buccales, génitales, comme le syphilitique le plus vulgaire, elles ont guéri facilement avec quelques pilules de protoiodure de mercure et n'ont même pas présenté les caractères prurigineux et fixes assez fréquents dans l'acoolo-syphilis.

Enfin, malgré la polyurie et l'irritation mécanique, pourrait-on dire que doit entraîner une suractivité fonctionnelle semblable, il n'y a pas eu trace d'albuminurie, la syphilis paraît respecter son rein.

Je résume donc l'étiologie probable de ce cas, et j'affirme que l'influence des causes nerveuses sur sa production, paraît évidente. *Dégénéré, alcoolique avéré* avec troubles mentaux, *enragé* probable, *syphilitique*, telles sont les raisons qui ont fait devenir polyurique ce malade, et l'ont fait rechuter. Si vous comparez ces causes à celles invoquées par les auteurs, que de points de ressemblance ! Secousses morales, traumatismes (Rendu) ; commotions cérébrales (Lécorché): lésions cérébrales (Bouchard); paralysie d'origine cérébrale (Hayem) ; toujours, vous le voyez, il s'agit du système nerveux. On n'a pas en effet invoqué, que je sache, la participation du foie pour l'azoturie insipide, comme on a tenté de le faire pour le diabète, et cependant, il y a peut-être lieu à chercher de ce côté. L'alcoolisme, la syphilis « aiment » le foie, aussi bien que le système nerveux et notre homme

a un foie qui parait rétracté et, enfin, dans une maladie où l'azoturie est le phénomène capital, est-il permis de reléguer à l'arrière-plan, la fonction uropoïétique du foie !

Je serai plus bref sur les particularités symptomatiques, car, à tout prendre, notre malade est un banal à ce titre.

Début insidieux — vous savez qu'il est souvent brusque — par la fatigue et l'établissement de la triade fondamentale : polyphagie-polydypsie-polyurie, notre malade n'a jamais absorbé ces gargantuesques repas dont mon regretté maître Lasègue a publié une observation et où le malade mangeait 10 livres de pain quotidiennement. Avec la double ration d'hôpital, notre malade était satisfait, de même pour la soif, avec 7 ou 8 litres de boisson, il l'apaisait à peu près, et il ne rendait que 7 litres au plus d'urine, ce qui est loin du chiffre 12, 15, 20 litres qui a été noté quelquefois. Moyenne encore était la densité de l'urine 1006, et cela par la simple raison que le taux de l'urée, tout en étant élevé, près de 42 grammes, n'atteignait pas ces chiffres fabuleux notés par Bouchard (96 grammes), Bouchardat (133 grammes). Comme les pertes n'étaient pas excessives, notre malade n'a pas eu cet amaigrissement profond, cet aspect décharné, qu'accompagne cette impuissance à se mouvoir, à penser, qui complète le tableau symptomatique. Je répète que, notre malade étant un azoturique du type moyen, la symptomatologie est aussi de moyenne intensité. Notre malade a des troubles sensitifs, du tremblement. Faut-il les rapporter à sa polyurie ? Je n'oserais, car ne l'oublions pas, il est foncièrement alcoolique, et l'on peut aussi bien accuser cette intoxication de les produire que son azoturie.

De même pour les troubles intellectuels. Si sa mémoire a faibli, si son sommeil est troublé, l'alcoolisme n'est-il pas là pour expliquer ces troubles, et, quant à sa céphalée, une syphilis récente ne peut-elle être invoquée ? A ces divers titres la réserve est prudente et commandée.

J'arrive maintenant au chapitre le plus intéressant de ce cas clinique, à sa marche, à son évolution. Notre polyurique est un cas évident de diabète azoturique à rechutes successives et, soit dit en passant, je crois que c'est là la marche la plus habituelle. J'ai déjà observé quatre cas de diabète azoturique que j'ai pu suivre longtemps et qui tous les quatre étaient des rechutes. C'est vous dire que la terminaison fatale, la mort, n'est pas l'évolution ordinaire de la maladie. C'est une éventualité avec laquelle il faut compter, qu'on doit prévoir, mais qu'on doit éviter si l'on intervient à temps et comme il faut.

Voyez ce qui est advenu pour notre malade. Soumis par moi au *repos absolu*, à un régime azoté approprié, enfin à la médication par l'antipyrine, il a, dans l'espace de quelques jours, vu s'atténuer, puis disparaître, tous les symptômes morbides qui le conduisaient dans nos salles ; aussi, en terminant l'examen de ce fait clinique, laissez-moi étudier et critiquer devant vous les traitements préconisés. Commençons par l'antipyrine.

La médication antipyrique tend à se généraliser dans le traitement du diabète insipide, et je crois que c'est avec raison. Opitz, dès 1889, publiait deux cas remarquables où l'action médicamenteuse était aussi probante que chez notre malade. Chez un homme de 30 ans, polyurique depuis 6 mois, il a suffi de 6 grammes d'antipyrine pendant 5 jours pour faire tomber de 7 litres à 1,300 grammes la polyurie. Chez une jeune fille de

25 ans, polyurique depuis *20 ans*, mêmes résultats en 6 jours. De 8 litres, la quantité tombe à 1,400 grammes. Vous voyez donc que notre malade ne fait pas exception et que l'abaissement de sa diurèse, lors de l'entrée dans nos salles, de 6 litres et demi à un litre et demi en 15 jours, était chose facile à prévoir.

De même l'urée, dont la propriété diurétique n'est plus à signaler a baissé très vite. Moins de 12 jours après son entrée, la quantité totale rendue dans les 24 heures n'excédait pas 35 grammes, la faim, la soif diminuaient, le sommeil et les forces revenaient, et depuis 15 jours le malade n'a plus que le régime commun, urine 1,600 grammes, n'excrète que 24 grammes d'urée par 24 heures, marche une bonne partie de la journée sans fatigue, lit, et se sent revenir à la santé. Nous pouvons donc affirmer que notre thérapeutique a été bonne et qu'elle a donné des résultats supérieurs à ceux que le malade nous a dit. Rappelez-vous qu'à sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il urinait encore 3 litres et que lors de son séjour à Cochin, en 1892, lors de son départ pour Vincennes, il en était de même. Et cependant, direz-vous, à l'Hôtel-Dieu il avait pris de l'antipyrine, et il n'en était pas sorti guéri. Pourquoi cette contradiction ? Je reste persuadé que la dose prescrite avait été trop faible et son usage trop hâtivement abandonné.

Il faut, en effet, pour avoir un succès prompt et durable, donner le médicament à hautes doses et en prolonger l'usage, alors que la guérison paraît se produire. C'est ce que j'ai fait. D'emblée, j'ai donné 5 grammes d'antipyrine par 24 heures, un gramme toutes les 5 heures et demie ; j'ai prolongé 20 jours le médicament que je n'ai cessé que progressivement en diminuant d'un gramme tous les 3 ou 4 jours, et vous avez pu voir que depuis 15 jours la guérison ne s'est pas démentie. Cela suffit-il ? Non. L'immobilité est absolument nécessaire. Il faut ne permettre aucun exercice. Sans vouloir effleurer la physiologie pathologique du diabète azoturique, nous pouvons penser que tout ce qui augmentera les oxydations favorisera la production de l'urée, qui ne se forme, il est probable, que par l'oxydation des matières albumineuse des tissus; or, le mouvement, la fatigue, jouent un rôle certain, à ce dernier point de vue d'ou l'indication du repos.

Fournir des matériaux de réparation à cet organisme qui, chaque jour, fait des pertes considérables, est aussi logique, d'où l'indication du régime azoté et des boissons abondantes pour faciliter la dissolution de l'urée. Telle est la médication à suivre; celle qui vient de nous donner le succès en question.

Sera-ce cette fois une guérison ou, au contraire, une simple accalmie ? Je serais tenté d'espérer la première, si notre malade voulait ou pouvait suivre le régime hygiénique ; mais l'alcoolisme à nouveau le guette, sa syphilis est en marche. Voilà bien des raisons pour craindre une rechute. Si nous avons à le traiter à nouveau, nous aurons recours encore à l'antipyrine, de préférence aux médicaments dont je vais vous parler. La quinine, que de nombreux auteurs ont vantée, serait chez lui contre-indiquée à cause de son état cardiaque ; l'extrait de valériane préconisé par Bouchard, à la dose de 8 à 30 grammes a échoué deux fois ; enfin, l'opium recommandé par le professeur Hayem et que j'ai employé jadis avec un demi-succès a bien des inconvénients, il supprime l'appétit, constipe, et agit moins vite que l'antipyrine.

C'est donc à ce dernier médicament que vous aurez recours, parce que, dans l'espèce, c'est le médicament suspenseur de l'activité rénale, et que cette propriété particulière, si dangereuse à mon avis dans le traitement des fièvres par l'antipyrine, trouve ici son remarquable emploi.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Nous venons de lire la thèse du docteur Chiron sur la *position élevée du bassin en chirurgie abdominale* (Paris 1894). L'auteur loue, et à juste raison, les avantages considérables que donne cette situation de l'opérée et la facilité avec laquelle on peut explorer les organes pelviens, la masse intestinale obéissant aux lois de la pesanteur et s'étant réfugiée dans la concavité du diaphragme comme dans une grande coupe. L'historique de la question nous a un peu surpris et nous sommes étonné que le docteur Chiron n'ait pas pris la peine de visiter les principales cliniques chirurgicales de Paris.

Il aurait alors certainement cité le nom de notre maître, le professeur Duplay, qui, dès la fin de l'année 1890, plaçait des oreillers en forme de plan incliné pour obtenir la situation vantée par Trendelenburg et me fit commander un plan incliné en bois qui sert encore aujourd'hui à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et qui, à partir d'avril 1891, fut employé d'une façon systématique dans le service de la clinique chirurgicale de la Charité.

M. le professeur Duplay en a loué maintes et maintes fois les avantages dans ses cliniques, et s'il n'a pas pris la peine de publier son opinion sur ce sujet, c'est qu'il pensait que Trendelenburg, le véritable propagateur de la méthode, et son élève Witzel, venu à Paris il y a trois ans, muni d'un grand nombre de photographies concernant le sujet, avait assez insisté sur la facilité considérable qu'elle apporte dans l'acte opératoire.

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a donc grandement contribué à répandre l'emploi de la position inclinée et il est peut-être exagéré de dire « qu'elle a en somme été vulgarisée surtout par M. le professeur Félix Terrier et ses élèves. »

— Ce sont des innovations dues à l'Ecole de Lyon que nous allons maintenant porter à la connaissance de nos lecteurs. Tout d'abord, commençons par un travail de MM. Condamin et Levrat, sur l'hystéropexie *par le procédé de Laroyenne*. C'est une question un peu d'actualité, puisque le traitement du prolapsus utérin vient d'être longuement discuté par la Société de chirurgie.

Ce qui particularise la façon de faire du professeur de gynécologie de Lyon, c'est qu'elle participe de la méthode qui consiste à fixer l'utérus à la paroi sans ouvrir cette dernière et de l'opération qui incise d'abord le ventre pour aller saisir le fond de la matrice. Le péritoine est sectionné, en effet, mais la cavité abdominale n'est pour ainsi dire pas ouverte, car, aussitôt l'incision pratiquée elle se trouve immédiatement fermée par le corps utérin, et cela grâce à la manœuvre suivante. Un hystéromètre spécial de gros volume et à extrémité suffisamment renflée pour qu'on n'ait pas à craindre de perforation utérine est introduit préalablement dans l'utérus et c'est lui qui réduit l'organe et l'amène au point de la paroi abdominale où il

doit être fixé. On fend la ligne blanche sur une étendue de 6 à 7 centimètres et à l'aide de deux ou trois broches-aiguilles qui traversent successivement l'aponévrose, le péritoine d'un côté, puis la paroi antérieure de l'utérus pour aller ressortir de l'autre côté en traversant les mêmes couches, on termine rapidement l'hystéropexie.

Ce procédé, d'après les auteurs que nous venons de citer, est d'une exécution facile et si nous ne nous trompons pas, a pour eux le grand avantage de réduire au minimum les dangers d'infection péritonéale. Ces dangers sont-ils assez considérables pour nécessiter des manœuvres spéciales. Nous ne le pensons pas. Quoi de plus simple qu'une hystéropexie et quelle infection peut-on craindre quand on opère au milieu d'organes dont la statique est détruite, mais qui sont absolument sains. N'est-il pas plus compliqué d'avoir un hystéromètre spécial, qui devra être introduit dans l'utérus, qui traumatisera peut-être le fond de l'organe, que de saisir ce dernier par le ventre ouvert avec une pince qui l'élève ? Ne vaut-il pas mieux pratiquer une incision suffisamment grande et bien voir ce qu'on fait, que de s'exposer à blesser la vessie comme cela est arrivé une fois à M. Laroyenn ? Du reste, si nous nous en reportons à la dernière discussion de la Société de chirurgie, ces questions ont de moins en moins d'intérêt, l'hystéropexie semble perdre chaque jour du terrain et doit, dans les prolapsus, céder la place aux opérations plastiques, qui s'adressent aux parois vaginales.

— M. Jaboulay (de Lyon) a publié dans le *Progrès médical* (10 février 1894) une clinique sur un nouveau procédé *pour maintenir la coaptation des surfaces osseuses et permettre le renouvellement des pansements dans les résections du genou.* Ce procédé consiste, une fois les parties molles réunies transversalement, à enfoncer à travers elles avec un maillet, sur la ligne médiane du genou, un crampon qui pénètre jusque dans l'épaisseur du fémur et du tibia. Ce crampon se compose d'une barre longitudinale de 12 centimètres et de 5 clous biseautés de 5 centimètres de longueur. Comme on le voit, c'est une sorte de modification de la griffe de Malgaigne. Ce crampon, bien entendu, doit être enlevé quand la consolidation est jugée suffisante et cette manœuvre se fait avec facilité, « grâce à l'ostéite raréfiante autour des clous, qui rend de moins en moins intime le contact de l'os et de la pointe. »

Grâce à ce procédé, l'appareil plâtré pourrait être placé avec sécurité et rapidité. Qu'il se produise, nous dit son inventeur, une hémorrhagie, de la suppuration, « que le malade dégage une odeur rappelant celle des plaies infectées de la période préantiseptique » et l'appareil plâtré peut être enlevé on peut visiter facilement le pansement. Nous nous permettrons de faire remarquer, qu'une résection du genou qui suppure est manquée et, qu'il y ait crampon ou non, le résultat cherché n'est pas obtenu.

Quant à ce qui est du maintien au contact des extrémités osseuses sectionnées, est-il bien nécessaire pour l'obtenir d'aller percer le fémur et le tibia de 6 trous ? Nous ne le pensons pas. Beaucoup de chirurgiens ne pratiquent même plus la suture osseuse et se contentent de suturer avec soin les deux collerettes périostiques. Un bon appareil plâtré bien placé, bien surveillé pendant sa dessiccation, suffit pour donner au membre une bonne

position et permet cependant de visiter la plaie opératoire, qui ne porte que sur la partie antérieure de l'articulation. E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1894. — Présidence de M. ROCHARD

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le Dr Ollivier; il félicite ensuite M. Dujardin-Beaumetz de son complet rétablissement et est heureux d'être, à ce propos, l'interprète des sentiments de l'Académie (nombreux applaudissements).

M. DUJARDIN-BEAUMETZ remercie l'Académie de l'accueil touchant qu'elle vient de lui faire; elle lui a donné, pendant la crise qu'il vient de traverser, des marques de sympathie dont il apprécie tout le prix. Il sera heureux que la plus grande part de ces remerciements soit reportée sur le chirurgien à l'habileté duquel il doit cet accueil, M. le professeur Terrier.

Un fait de cholédochotomie

M. TERRIER, dans un mémoire récent sur la cholédochotomie, n'a pu réunir que 18 observations dont une personnelle. Depuis, il a eu l'occasion de pratiquer une fois cette opération et d'assister une fois M. le docteur Quénu. L'observation nouvelle de M. Terrier est relative à une femme de 55 ans, qui a commencé à présenter des troubles dyspeptiques en juin 1891, avec douleurs dans l'hypochondre droit, vomissements biliaires et alimentaires. C'est seulement en décembre 1892 qu'est apparu l'ictère avec décoloration des selles. A l'entrée, la malade, très amaigrie, avait un ictère très foncé ; foie gros, vésicule appréciable à la palpation. Le 9 mai, opération qui conduisit sur une vésicule ratatinée et adhérente au côlon, à l'épiploon, au foie. En la disséquant, elle fut déchirée et il en sortit un calcul muriforme. Après ligature du canal cystique et cholécystectomie, la plaie fut drainée, puis suturée. Au deuxième jour, il s'écoula de la bile par le drain ; cet écoulement persista très abondant les jours suivants, l'ictère diminua, mais les matières restèrent décolorées. Les troubles fonctionnels continuant et la fistule biliaire persistant, mais tendant à se rétrécir, d'où des accidents de rétention biliaire, la malade fut soumise, le 11 janvier 1894, à une seconde intervention. Après l'introduction dans la fistule d'une bougie stérilisée qui pénétra à 18 centimètres de profondeur, et cette bougie servant de conducteur, le ventre fut ouvert sur la ligne médiane et on constata l'existence d'un calcul en arrière de la première portion du duodénum. Ce dernier fut alors incisé et en explorant avec l'index, M. Terrier constata que le calcul siégeait juste au-dessus de l'ampoule de Vater. Incision du cholédoque à ce niveau, extraction d'un calcul muriforme, enchatonné, long de 18 millimètres et large de 16 millimètres ; cathétérisme rétrograde du cholédoque avec une bougie nº 10, suture à deux plans du duodénum, suture du cholédoque, réunion de la plaie extérieure et drainage. Guérison rapide après un écoulement temporaire de bile prouvant que les sutures du cholédoque n'ont pas tenu. Le 3 mars, la malade continue à se bien porter.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ en présence des succès journaliers que remporte la chirurgie des voies biliaires, croit qu'il n'y a pas là une simple question de chirurgie, mais aussi des questions de thérapeutique médicale et d'hygiène. L'existence de la fistule biliaire dans un point plus ou moins éloigné de l'ouverture pancréatique crée des conditions physiologiques qui nécessitent une hygiène spéciale. M. Dujardin-Beaumetz s'efforcera de dé-

montrer que, dans les ictères par obstruction, lorsque les efforts médicaux échouen l'intervention médicale s'impose.

Traitement des grands abcès sous-péritonéaux par l'incision directe et le drainage

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) communique deux cas d'abcès sous-péritonéaux très volumineux, guéris par l'incision franche et le drainage. Ces deux observations, à peu près identiques, ont trait à des sujets de 17 et 18 ans, atteints du mal de Pott avec volumineux abcès pointant dans l'abdomen. L'un, dans la fosse iliaque; l'autre, sur le thorax. Dans les deux cas, M. Bousquet incisa, décola le péritoine et put aller ouvrir directement la poche, qu'il draîna avec succès.

Epidémie actuelle de fièvre typhoïde

Il y a fort peu de temps, M. Rochard, dans une importante communication, faisait ressortir la diminution régulière de la fièvre typhoïde dans l'agglomération parisienne et tout le monde partageait ces espérances lorsqu'il insistait sur la possibilité de faire à peu près disparaître la maladie, grâce aux progrès de l'hygiène. Cependant le jour même où M. Rochard faisait sa communication, la fièvre typhoïde subissait une brusque recrudescence. Depuis quinze jours, le nombre des malades augmente rapidement, et du mardi 27 au mercredi 28 février, il est entré 12 dothiénenthériques dans le service de M. Bucquoy. L'épidémie ne sévit pas dans un quartier de Paris plutôt que dans un autre et la population militaire est aussi très atteinte. Dans ces conditions, les médecins ont le devoir de prévenir leurs clients qu'il est absolument nécessaire de se défier de l'eau d'alimentation et que l'on doit la faire bouillir. D'autre part, les hygiénistes rechercheront sans doute, l'origine de cette véritable épidémie.

M. Lancereaux partage les inquiétudes de M. Bucquoy. A l'Hôtel-Dieu, du 1er janvier au 12 février, il y a eu trois entrées pour fièvre thyphoïde ; du 22 février au 1er mars, 62. La recrudescence s'est produite brusquement ; on en recherche actuellement les causes et il est permis d'espérer qu'elles seront bientôt découvertes. M. Lancereaux insiste sur ce fait que, en 1876 et en 1882, le début des épidémies a aussi été très brusque. On arriverait à supposer, et ce n'est pas là une hypothèse impossible, qu'un robinet mal tourné un certain jour permet l'arrivée d'eaux contaminées dans les tuyaux et que c'est là la cause d'une épidémie.

M. Lereboullet fait remarquer que l'épidémie qui semble actuellement se développer se produit tout à fait en dehors de l'époque des recrudescences annuelles de la fièvre typhoïde, recrudescences qui, comme on le sait, se montrent au commencement de l'automne. La banlieue est jusqu'à présent indemne. Les analyses bactériologiques des eaux de sources pratiquées au laboratoire municipal, accusent dans ces eaux une quantité considérable de micro organismes.

M. Bucquoy insiste sur la nécessité d'avertir le public, et pour M. Gautier l'Académie doit engager la population à faire bouillir son eau d'alimentation ; c'est la seule mesure qui soit efficace.

M. Guéniot rappelle que, lorsque le service des eaux est forcé de distribuer de l'eau de Seine pendant l'été, il en prévient le public par une affiche blanche. Une affiche du même genre devrait engager le public à faire bouillir l'eau.

Pour M. Vallin, la filtration de l'eau pourrait suffire, mais ce n'est pas l'avis de M. Gautier qui insiste sur ce fait que le meilleur filtre devient un foyer de culture lorsqu'il sert depuis longtemps. L'eau bouillie le soir est excellente à boire le lendemain matin, elle n'est pas lourde à l'estomac, n'est jamais indigeste. La cause de l'épidémie

actuelle n'est pas encore fixée et l'administration n'a pu indiquer à M. Gautier où et comment a pu se faire la contamination de l'eau.

M. Bergeron fait remarquer que la publication de la discussion par la presse suffira pour avertir la population.

Cependant, après discussion, l'Académie adopte le vœu suivant :

« L'Académie, s'associant aux observations présentées par plusieurs de ses membres et approuvant les conseils qu'ils ont donnés, invite la population parisienne à faire ouill ?? son eau d'alimentation tant que durera l'épidémie de fièvre typhoïde. »

Le chauffage des voitures

M. Bergeron lit un rapport sur ce sujet au nom de M. Proust, empêché.

L'Académie adopte les conclusions du rapport :

L'emploi, pour le chauffage des voitures publiques, des briquettes qui, par leur combustion, dégagent constamment dans l'intérieur de ces voitures des gaz délétères, est toujours dangereux et souvent mortel.

L'Académie émet le vœu qu'il soit absolument interdit, ainsi que tout autre mode de chauffage ayant pour résultat de déverser à l'intérieur de la voiture les produits de la combustion.

M. Javal lit un rapport sur le travail de M. Motais communiqué dans la dernière séance. Il approuve les idées de l'auteur et fait savoir qu'actuellement l'écriture droite est exigée dans les examens primaires. La cause de déviation de la taille tenant à la prescription de l'écriture penchée n'existe donc plus.

Au cours de la séance, M. Porak a été élu membre titulaire par 41 voix contre 37 à M. R bemont-Dessaigues.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du Rapport de M. Worms sur les titres des candidats dans la section des services libres. Voici la liste de classement : 1re ligne, M. Duclaux ; 2e ligne, M. Blache; 3e ligne, M. Commenge ; 4e ligne, M. Bertillon ; 5e ligne, M. Galézowsky; 6e ligne, M. Corlieu.

BIBLIOTHÈQUE

Nouveaux éléments de pathologie médicale, par A. Laveran et J. Teissier. 4e édition. — Paris, J.-B. Baillière, 1894.

Les praticiens qui n'ont pas le temps de suivre au jour le jour l'évolution constante dela pathogénie trouvent résumées et condensées dans les éléments de pathologie médicale de MM. Laveran et Teissier, toutes les acquisitions nouvelles de la médecine. Cette 4e édition a été soigneusement mise au courant de la science ; voici les principales modifications qui ont été apportées à l'ouvrage.

Maladies générales : Les travaux les plus récents relatifs aux microbes pathogènes ont été mis à profit. La classification a été remaniée, la tuberculose et le tétanos ont définitivement pris place parmi les maladies virulentes. *Maladies du système nerveux :* De nouveaux chapitres ont été consacrés à la syringomyélie, à la neurasthénie, à l'acromégalie, à la maladie de Thomsen et au paramyoclonus multiplex. *Maladies du cœur :* Le chapitre a été mis au courant des recherches les plus récentes sur les souffles extracardiaques, les myocardites, les troubles du rythme cardiaque, le rétrécissement tricuspidien et l'insuffisance de l'artère pulmonaire. *Maladies des voies respiratoires :* On a mis à profit les nouvelles découvertes microbiologiques sur les broncho-pneumonies, la pleurésie purulente et la prophylaxie de la phtisie pulmonaire. *Maladies du tube digestif :* Leur histoire a subi un véritable bouleversement grâce aux travaux de Ch. Bouchard, Bouveret, Hayem, Reichmann, Roux. Les chapitres des dyspepsies, des gastrites, des affections de l'intestin sont entièrement neufs. *Maladie du foie :* Elles ont été mises au courant des recherches nouvelles sur l'urobiline, les pigments biliaires, etc.

Le régime lacté, par le docteur S. Rondot. — Paris, Rueff et Cie, 1894.

Le régime lacté est devenu d'un emploi tellement fréquent, on l'a, d'autre part, parfois prescrit d'une manière si peu rationnelle, qu'il faut féliciter M. Rondot d'avoir résumé, dans un petit volume de la collection Charcot-Debove, les règles complètes de l'emploi médical du lait.

Après quelques pages consacrées à l'étude des propriétés physiques et chimiques du fait, sur le danger qu'il peut faire courir par suite de sa contamination par des microbes divers, l'auteur expose d'abord les inconvénients du régime lacté. Il insiste sur ce fait, un peu trop oublié parfois, que le lait ne peut suffire qu'aux malades qui ne fatiguent pas et peuvent ou doivent rester au repos; chez bon nombre de brightiques, par exemple, il amène, s'il est trop prolongé, un amaigrissement rapide et aboutit à la dénutrition et à l'anémie.

L'exposé des applications cliniques du lait est divisé en deux grandes classes, selon qu'on l'utilise principalement pour ses qualités digestives et nutritives ou bien pour ses propriétés diurétiques et alimentaires. C'est ainsi que M. Rondot passe en revue les applications du régime lacté dans les maladies des voies digestives, les hydropisies, les affections cardiaques, les albuminuries, les pyélites, la lithiase rénale, les maladies du foie, les maladies iufectieuses, etc., etc.

Nous recommandons la lecture de ce livre aux praticiens, qui y trouveront des indications utiles et d'une application journalière.

COURRIER

—

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. A. Ollivier, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, membre du comité d'hygiène de la Seine, qui vient d'être enlevé à l'affection des siens et de ses amis.

— Le *British medical journal,* dans un de ses derniers numéros, publie des détails sur les blessures que présentait Martial Bourdin, l'anarchiste tué dans l'explosion de Greenwich.

Il fut trouvé mourant, la surface du corps froide, la face pâle, tachetée de sang; il était à peine conscient et ne répondait qu'une chose, qu'il « avait froid ».

Il n'y avait aucune odeur de brûlure, mais une forte odeur d'acide, semblable à celle de l'acide acétique, se dégageait de ses vêtements, couverts de sang. La main gauche, presque détachée de l'avant-bras, pendait à des os et des tendons encore attachés aux muscles eux-mêmes déchirés.

Entre l'ombilic et le sternum, on voyait une large plaie ovalaire. A droite de cette plaie, deux autres plus petites, et dans la région lombaire droite, au-dessous de la dernière côte, se trouvait une autre plaie étroite mais profonde.

Dans la plaie médiane, l'épiploon et l'intestin étaient à nu. Il y avait de larges escarres noires sur les deux cuisses et des deux côtés de l'abdomen. Le blessé mourut au bout d'une demi-heure.

A l'autopsie, on constata une large déchirure du duodénum; le foie et le rein droit étaient aussi lacérés. On ne trouva aucun corps étranger dans l'abdomen.

— On connaît le système phrénologique du docteur Gall. Le docteur Garré, de Bâle, a voulu fonder, il y a quelques années, une science analogue en s'appliquant à diagnostiquer les penchants mentaux au moyen des souliers. C'est la scarpologie.

Les souliers usés valent mieux que les lignes de la main pour juger du caractère. Aux souliers, on reconnaît le manque d'énergie, l'inconstance, la disposition à être négligent et à éluder les obligations, les accès de mauvaise humeur. Montrez une chaussure portée deux mois et on peut analyser le caractère.

Exemples : Si le talon et la semelle sont également usés, il s'agit d'un homme d'af-

faires énergique, d'un employé sûr, d'une épouse distinguée, d'une mère excellente. Si le bord externe est usé, le porteur a une tendance fantasque aux aventures, c'est un esprit entêté et hardi. Si c'est le bord interne, cela indique de l'irrésolution et de la faiblesse chez l'homme, de la modestie chez la femme. Il y a quelque temps, rapporte M. Garré, je vis entrer chez moi un étranger dont les souliers étaient usés sur le bord externe, et avaient les pointes râpées et le reste encore neuf ; je pensai : cet homme est un coquin ; le lendemain, il était arrêté pour vol. (*Médecine moderne*).

Belgique. — Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. — (Programme des concours en 1893-1894.)

Prix Seutin (Chirurgie). — 1° Etudier la pathogénie et le traitement du rein mobile. — Prix : 500 francs; 2° Etudier les divers procédés de suture et de résection intestinales. — Prix : 500 francs.

Prix Dieudonné (Médecine). — Faire, au point de vue de la physiologie et de la thérapeutique, l'étude des effets de l'exercice musculaire sur la nutrition. — Prix : médaille d'or de 200 francs.

Question mise au concours par la Société. — Faire l'étude histologique aussi complète que possible d'un exemple net de division cellulaire chez une plante, en tenant compte à la fois des phénomènes intra et extra-nucléaires. — Prix : une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

Prix Victor de Smeth. — Etudier le rôle pathogénique de l'infection microbienne à l'exclusion de la syphilis, dans certaines maladies du système nerveux. — Prix : 300 francs.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés au secrétaire de la Société, rue de la Régence, 33, à Bruxelles, avant le 1er octobre 1894, accompagnés d'un bille cacheté, contenant les noms, qualité et domicile de l'auteur, et portant sur l'enveloppe la reproduction de la devise inscrite en tête du mémoire.

Université de Lyon. — Le Conseil général des facultés de Lyon a adopté un rapport de M. le professeur Lépine, relatif à la participation de l'Université lyonnaise à l'exposition et aux fêtes de l'Université qui auront lieu, en octobre prochain, à l'occasion de l'inauguration d'un *Congrès d'enseignement supérieur* qui se réunira à la même occasion et qui sera appelé à traiter les questions suivantes :

1° Du mode de recrutement et de la situation des professeurs à Paris, comparés à ce qui existe à l'étranger;

2° De l'équivalence des études et des grades dans les Universités françaises et étrangères;

3° Du moyen de soustraire l'Université française à l'uniformité des programmes en favorisant le développement de chacune d'elles selon ses aptitudes, ses tendances et le caractère de la région.

Nécrologie. — MM. les docteurs Batinales (de Carbone), Bègue (de Toulouse), Ad. Cazalis et Langlebert père (de Paris). J. Charrin (de Condrieu) et Reboul (de Gonfaron).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance a été occupée en grande partie par des communications sur la chirurgie du crâne; mais auparavant MM. Segond et Picqué ont successivement pris la parole.

Le premier, à l'occasion du procès-verbal a, ainsi que M. Chaput, approuvé le procédé de M. Routier, qui consiste à faire plusieurs plans de sutures dans le traitement des *fistules recto-vaginales* haut placées, tout en indiquant cependant que, comme M. Pozzi, le dédoublement de *Lawson Tait* lui avait toujours réussi, et par conséquent lui paraissait préférable. M. Picqué a ensuite fait un rapport sur deux observations du docteur Brault (d'Alger).

C'est une énorme hydrocèle péritonéo-vaginale, une *hydrocèle en bissac* qui fait le sujet du premier cas relaté par notre confrère d'Afrique.

Il l'a opéré par l'incision large, a guéri son malade et de plus a songé à la hernie en procédant immédiatement à une cure radicale.

M. Routier à ce propos, relate un cas semblable qu'il a opéré de la même façon.

M. Picqué rappelle les travaux de Bazy et de Reclus et insiste sur la fréquente nécessité de traiter la hernie en même temps que l'épanchement de la vaginale, puis il fait un second rapport sur un cas de *kyste hydatique intra-hépatique volumineux*. M. Brault diagnostiqua cette affection extrêmement fréquente en Algérie; mais pratiqua cependant une ponction exploratrice pour acquérir une certitude. Puis il opéra son malade en isolant la cavité péritonéale, à l'aide d'une suture hépato-péritonéale. Cette suture

FEUILLETON

Villégiature médicale

O rus, quando te aspiciam ?

Grâce au temps splendide dont nous jouissons, la villégiature printanière a devancé son époque.

L'exode des Parisiens va commencer et on va rencontrer sur la voie publique d'horribles fiacres à galeries chargés d'une montagne de colis et quelques omnibus de famille, transportant aux gares de chemins de fer les heureux de la terre, les gens auxquels le sort a fait des loisirs et qui peuvent aux premiers beaux jours s'envoler vers leurs bois profonds ou vers les plages de la Méditerranée.

Les médecins, qu'on ne peut pourtant pas mettre au nombre des derniers ni des gens que le destin favorise, sont les premiers à quitter Paris.

Il y en a beaucoup dans leurs terres, parce qu'il n'est guère de médecin un peu en vue qui n'ait aujourd'hui sa villa. Un très grand nombre, et des meilleurs, a planté sa tente sur les bords de ce grand lac aux eaux bleues qui s'appelle la Méditerranée et tous

tint (ce qui ne nous est pas arrivé dans un cas où nous l'avons essayée). L'incision du parenchyme fut alors pratiquée et la poche kystique qui put, du reste, être enlevée, était située à une profondeur de trois centimètres et demi. Le malade guérit.

C'est M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), membre correspondant, qui monte ensuite à la tribune pour rapporter des cas intéressants de traumatismes cérébraux. C'est d'abord l'observation d'un homme qui reçut sur la tête un bloc de pierre pesant 10 kilos, tombant d'une hauteur de 15 mètres. A l'union du pariétal et de l'occipital gauche, il trouva une poche remplie de sang, de matière cérébrale, de terre et d'esquilles volumineuses qui furent extraites, les parties furent bien nettoyées et drainées. Le malade guérit sans conserver aucune altération de la sensibilité. L'hésitation de la parole et l'affaiblissement de la vue qui suivirent le traumatisme disparurent petit à petit.

Le second cas a trait à un enfant qui fit autrefois une chute ; pris d'accidents de longs mois après, M. Bousquet intervint au niveau de la cicatrice, enleva les anciennes esquilles, souleva les parties déprimées ; mais l'enfant mourut dans le coma le neuvième jour. Enfin, ce même chirurgien présente un malade atteint d'une tumeur congénitale au niveau du frontal, tumeur augmentant dans la déclivité et communiquant avec les parties profondes. M. Berger rappelle à cette occasion qu'il a montré, il y a une quinzaine d'années, un malade semblable ; il s'agissait d'une tumeur veineuse passant par une fissure osseuse et qu'il guérit par l'application d'un bandage en forme de casque.

Messieurs, la séance continue par la discussion sur les *indications du trépan dans les plaies du crâne par armes à feu*, et M. Delorme reprend la parole pour répondre à M. Terrier. Il montre d'abord les différences balistiques considérables qui existent entre les revolvers du commerce, de poche, et les mêmes armes de guerre et affirme son dire par des expériences dont il montre les résultats. Nous n'y insisterons pas ; car nous partageons, comme tout le monde, l'opinion de M. Delorme sur ce sujet.

---

ceux qui ont conservé le souvenir de ce climat splendide envient leur sort. D'autres, plus modestes, se contentent d'une petite maisonnette dans les départements voisins de Paris, parce qu'il leur est plus facile d'y revenir lorsque leurs devoirs les y appellent

Ceux-là se livrent à l'horticulture ou à la pêche. Parmi nos maîtres les plus vénérés et les plus sympathiques, il en est pour qui le culte des roses égale celui de l'antisepsie, et qui sont plus contents lorsqu'ils ont fait pousser dans leur enclos un beau spécimen du Géant-des-Batailles que lorsqu'ils ont obtenu un succès à l'Institut ou qu'ils sont parvenus à se faire écouter à l'Académie de médecine.

Il en est un certain nombre, chose étrange, qui sont fanatiques de la pêche, et, chose plus étrange encore, ce sont les plus pétulants, les plus actifs, les plus ardents à la lutte qui montrent le plus de passion pour cette occupation bucolique et pastorale qui exige un degré peu commun de résignation et de patience. La remarque n'est pas de moi, elle est d'un de leurs collègues, du meilleur, du plus sympathique des professeurs de la Faculté. Ne cherchez pas à deviner qui.

Je ne voudrais pas dire du mal des chasseurs ; je ne veux pas me mettre mal avec notre rédacteur en chef.

Je ne dirai donc rien qui puisse lui être désagréable, mais les chasseurs sont des

L'orateur pense que conseiller la trépanation dans tous les cas de plaie pénétrante serait s'exposer à provoquer des abus dangereux du trépan; celui-ci n'est pas nécessaire pour l'exploration qui, du reste, comme il a essayé de le prouver. est la plupart du temps insuffisante et qui peut se pratiquer à travers l'orifice produit par la balle. Il n'admet pas la comparaison de la trépanation exploratrice avec la laparotomie faite dans le même but; avec des régions et des organes si différents, il ne faut pas user des mêmes pratiques. Il ne faut pas non plus invoquer l'antisepsie du trajet; car ce trajet peut être septique comme il peut ne pas l'être. M. Delorme rappelle alors les travaux allemands faits pour rechercher le degré de septicité des projectiles. Il a repris ces expériences avec M. Laveran et les résultats en sont bien contradictoires. Sept balles, en effet, tirées dans du coton stérilisé et placées avec les précautions nécessaires dans un milieu de culture favorable n'ont donné que cinq résultats positifs. Deux des projectiles n'ont pas cultivé; il est vrai que toutes les balles infectées au préalable et tirées dans les mêmes conditions ont toutes donné naissance à des colonies. Il est, d'un autre côté, impossible de désinfecter tout le trajet.

Enfin, les fats cliniques prouvent l'innocuité de ces balles tolérées par la substance cérébrale et en cite, au hasard, de nombreux exemples. La trépanation exploratrice doit être donc pour lui rejetée, puisque tout ce qu'on peut attendre à coup sûr d'elle, c'est la simple désinfection des parties superficielles.

M. Terrier ne discutera pas balistique avec M. Delorme et n'a eu en vue dans l'exposé de ses idées que les blessures faites par les revolvers de petit calibre, ceux qui occasionnent, à Paris, l'entrée des blessés dans les hôpitaux. Pour lui, on se trouve en face de cette situation : faut-il agir ou ne rien faire? Eh bien, il est pour l'action. Il ne reviendra pas sur l'exploration du trajet qui, quand elle sera faite, ne devra être pratiquée qu'avec une sonde en caoutchouc rouge; quant à ce qui est de la plaie

êtres turbulents et sanguinaires, tandis que le pêcheur est un être doux, tranquille et patient.

Ce n'est pas sans un regard d'envie que je le contemple au bord d'une petite rivière aux eaux dormantes, à l'ombre d'un saule, à l'abri des grands bois sourds qui dominent le petit cours d'eau.

Assis sur le gazon, immobile et la ligne à la main, il suit de l'œil le bouchon qui s'en va lentement à la dérive et de temps en temps, d'un petit coup sec, il l'enlève et le reporte sur un point plus élevé du courant. Ce manège continue pendant des heures entières et, sa journée finie, il se retire heureux et satisfait, quand il emporte avec lui deux ou trois petits poissons du poids de 100 à 200 grammes. Celui-là, c'est le vrai pêcheur.

Ne me parlez pas du traitre qui vient cauteleusement fixer, la nuit, ses lignes de fond dans les endroits où le poisson repose; ne me parlez pas de l'évaporé qui va courant le long du bord en faisant sauter sa mouche sous les yeux fascinés de la truite aux écailles d'azur, non, le vrai pêcheur, c'est celui que j'ai d'abord décrit, et la sympathie qu'il m'inspire m'a éloigné de mon sujet.

Je disais donc que les médecins sont amis de la villégiature. D'abord, pendant les

d'entrée, il est certain qu'elle est trop petite et qu'elle expose beaucoup plus à de fausses routes que la trépanation qui donne un plus vaste champ.

M. Gerard-Marchant, un des promoteurs de la discussion, monte alors à la tribune et dans un discours très écouté, et à juste titre, défend dans des termes très nets la trépanation dans les plaies pénétrantes du crâne. Certes, M. Berger a cité des observations suivies de succès sans intervention; mais il a eu une série heureuse. Pour sa part, s'il s'est décidé à trépaner et guéri le malade dont il a déjà parlé, c'est qu'il avait vu mourir sans intervention de nombreux malades qui avaient des balles dans la tête. C'est la réflexion que se faisait M. Peyrot, qui regrettait de ne pas avoir trépané; quand, à l'autopsie, il trouva la balle reposant sur la dure-mère. L'orateur se rappelle qu'étant interne, il fit chercher le chirurgien de garde, qui ne trépana pas, malgré des symptômes de localisation bien nets; c'était en 1877. Le malade mourut; il fit une trépanation post mortem et trouva le projectile à l'endroit soupçonné.

En 1881, il vit encore succomber un homme qui résista quatre jours et qui avait été atteint à la région occipitale. Même issue fatale chez un malade qu'il vit avec son maître Trélat en 1886. Malgré la suppuration du trajet, on n'intervint pas, cet homme aurait pu guérir!

Aussi faut-il agir, et ne pas attendre la méningo-encéphalite; car, alors, il est presque toujours trop tard. Le seul signe qui doive vous guider, c'est la pénétration; encore celle-ci est-elle quelquefois très difficile à diagnostiquer. Il n'en veut pour preuve que le malade cité comme guéri par M. le professeur Le Dentu, qui entra ultérieurement dans son service, à Laennec, avec des symptômes d'hystéro-traumatisme symptômes qui cessèrent par la seule administration de l'extrait thébaïque.

Faut-il explorer? oui, mais avec précaution, et jamais personne n'a dit qu'il fallut agir à l'aveugle. Bien au contraire, il faut savoir s'arrêter à temps pour ne pas faire de dégats

M. G. Marchant termine en disant qu'un peu timide au début dans l'exposé de ses assertions; il se trouve aujourd'hui plus à l'aise, ayant avec

---

grandes vacances, ils s'en vont tous de Paris. C'est le moment où les plus modestes de la profession font des remplacements. Il est vrai que tous les gens de qualité sont absents de la capitale et que les autres peuvent attendre.

Aujourd'hui, ce n'est pas seulement à l'automne que les médecins s'évadent. Pendant l'hiver, ils font un petit séjour dans la Méditerranée ou un grand voyage dans le Levant, la Suisse et l'Italie étant devenues trop banales. Le printemps, quand le temps est beau, ils recommencent.

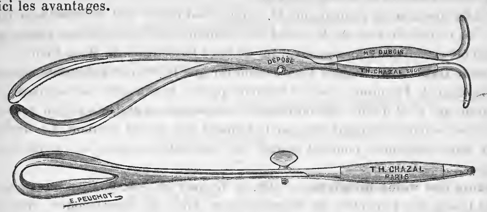
Les mœurs médicales ont, à cet égard, complètement changé depuis un demi-siècle. Autrefois, quand nos pères venaient à Paris par les diligences et qu'ils descendaient à l'Hôtel-Dieu, ils étaient sûrs d'y trouver le personnel enseignant au grand complet. Bien qu'ils se fussent levés de bonne heure, Dupuytren ou J.-J. Roux, suivant l'époque, y étaient arrivés avant eux, et Chomel était dans sa chaire. C'était la même chose à la Charité, et les visiteurs assistaient à une longue visite suivie d'une leçon de clinique qu'on écoutait avec recueillement, et les médecins du monde entier venaient s'instruire à cette grande école qui n'avait pas son égale dans le monde et qui s'appelait l'École de Paris.

Je ne veux pas dire que l'École de Paris n'est plus la première du monde. Loin de moi

lui MM. Terrier, Quénu, Peyrot, pour donner les conclusions suivantes : Dans les plaies pénétrantes de la voûte et des parties latérales du crâne par balles de petit calibre, la trépanation préventive permet d'enlever les esquilles, la balle et ses fragments, en même temps qu'elle facilite la désinfection des parties lésées.

La séance se termine par une présentation de M. Terrier ayant trait à une pièce montrant une gastro-entérostomie faite par un procédé particulier, qui permet, à l'aide de boutons analogues à des boutons de chemise, de terminer très rapidement cette intervention. E. R.

M. Segond, dans la dernière séance, a présenté à la Société le forceps du Dr Penoyée dont voici les avantages.



L'application de ce forceps est des plus faciles, les cuillers étant moins épaisses que tout autre, il tient moins de place.

Grâce à sa courbure sacrée, il ne refoule pas la tête vers le pubis et il doit à l'inclinaison des manches en arrière de pouvoir rapprocher les tractions de l'axe du détroit supérieur tout en ménageant le périnée.

La tête, une fois dans l'excavation sur le plancher du bassin, on opère la rotation et l'on dégage les bosses occipitales l'une après l'autre.

Nous pensons donc qu'il est utile de publier cet instrument nouveau dont l'idée n'avait pas encore été réalisée, quoique demandé par beaucoup de nos confrères, à qui il pourra rendre, nous sommes certains, de grands services.

---

cette irrévérence ; mais je suis forcé de reconnaître que tous les courants médicaux n'aboutissent plus à la Seine et qu'il en est qui se rendent vers le Danube ou la Sprée.

Je ne veux pas dire que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ne sont plus des modèles d'exactitude ; Dieu me garde d'un pareil blasphème ; tout le monde sait qu'ils donnent à leurs élèves l'exemple de l'assiduité dans leurs fonctions hospitalières, mais enfin ils s'absentent souvent parce qu'ils sont de leur siècle, et que la villégiature est entrée dans nos mœurs. Personne n'a plus de droits qu'eux à quelques jours de repos, parce qu'il n'est pas de profession qui entraîne une plus grande dépense de forces physiques et intellectuelles, qui comporte une plus grande somme de fatigue et qui use plus vite son homme. Si nos pères ne s'absentaient pas, c'est parce que les moyens matériels leur faisaient défaut, que tout le monde dans leur entourage restait à Paris comme eux et que l'existence professionnelle n'avait pas alors l'intensité qu'elle déploie aujourd'hui. Les méchants, les envieux, racontent bien qu'il y a des professeurs qui font rarement leur cours. Ce sont là pures calomnies, auxquelles les honnêtes gens ne doivent pas prêter l'oreille. Que nos maîtres se reposent, qu'ils aillent à la campagne ou sur les plages, qu'ils franchissent les monts, qu'ils traversent même la Méditerranée si bon leur semble, ils emportent avec eux nos respects, notre sympathie, notre admiration avec l'ardent désir de les imiter un jour.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le mal de montagne. — M. Chauveau. On a dit que le mal des montagnes existait toujours. Il n'en est pas ainsi, car dans une ascension scientifique au Mont-Blanc, M. Chauveau a pu parvenir jusqu'au sommet de la montagne sans essoufflements et sans vomissements. Pour lui, les accidents sont souvent dus à la fatigue, car, en descendant, il eut beaucoup de peine à marcher à travers la neige, et aux Grands-Mulets il fut pris d'une grande lassitude et de vomissements.

M. Pilliet après avoir rappelé que M. Capus n'eut pas le mal de montagne dans l'Himalaya, où il atteignit avec M. Bonvalot des hauteurs de 6,000 mètres, rapporte que ce savant en fut atteint deux fois en essayant de faire l'ascension du Mont-Blanc.

Ferment Lab. — M. Arthus a pu démontrer que le ferment Lab existe constamment dans l'estomac de l'homme. C'est ce ferment qui est la cause de la coagulation du lait, coagulation qui n'est qu'un dédoublement en caséum et en lacto-sérum protéose. La présure des fromageries n'agit que par le ferment lab qu'elle contient. Le dosage de ce ferment dans l'estomac pourrait donner des indications utiles au point de vue pathologique.

Infection des voies biliaires. — MM. A. Gilbert et J.-A. Dominici ont pu provoquer chez des lapins, par l'injection du staphylocoque doré, du streptocoque, des pneumocoques, des cholédocites très intenses. Il se forme alors un bouchon muqueux, qui obture l'ouverture du conduit dans l'intestin, d'où rétention biliaire, ictère et dilatation des canaux.

Ces expériences sont très intéressantes, car elles montrent que, au moins dans certains cas, le mécanisme classique de l'ictère catarrhal est réalisable.

Absorption du gaïacol par la peau. — M. Charrin a lu une note de MM. Guinard et Stourbe, qui ont prouvé que si les badigeonnages de gaïocol sur la peau étaient suivis de l'apparition de ce corps dans les urines, c'est qu'il est volatile. Si, en effet, on recouvre la partie badigeonnée de manière à entraver l'évaporation, la quantité de gaïocol éliminée augmente. Il y a longtemps que l'on sait que l'épiderme se laisse traverser par les corps volatils.

Toxicité du sang et de l'urine chez une femme atteinte de troubles gravido-cardiaques. — MM. Bar et Renou ont pu examiner la toxicité du sérum sanguin et de l'urine chez une femme atteinte d'accidents gravido-cardiaques survenus pendant les derniers jours de la vie.

Le sérum du sang de deux saignées a été injecté à 7 lapins qui sont morts après en avoir reçu 4, 5, 6 et 7 centimètres cubes par kilogramme d'animal : la toxicité sanguine était donc considérable.

La toxicité urinaire, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas, était accrue de plus de moitié, puisque sur deux lapins soumis à l'expérience, l'un est mort après une injection intra-veineuse de 25 centimètres cubes 5 d'urine par kilogramme, l'autre après une injection de 20 centimètres cubes.

L'autopsie de la malade a permis de constater que le cœur était atteint de rétrécissement mitral. Les reins étaient relativement sains, tandis que le foie présentait de la sclérose, des foyers apoplectiques et de l'atrophie des cellules hépatiques, toutes lésions surtout marquées dans les régions péri-lobulaires, comme on observe dans l'éclampsie.

Les auteurs pensent que dans la genèse des accidents asystoliques chez la malade, il faut faire jouer un certain rôle à la toxémie résultant des lésions hépatiques déjà

anciennes et accrues par le fait de la gestation. Ils ont pu d'ailleurs déjà noter ce parallélisme entre la toxicité sanguine et urinaire pendant la grossesse, chez des femmes albuminuriques on non, plus ou moins menacées d'éclampsie.

Le venin des serpents. — M. Calmettes montre que les résultats différents, relativement à l'action de la chaleur sur le venin de la vipère, obtenus par MM. Phisalix et Bertrand et par lui, tiennent à la toxicité plus ou moins grande des venins selon leur origine. D'une façon générale, la toxicité du venin n'est complètement détruite que si on le chauffe au delà de 98°. Les cobayes ont un sérum préservatif si on les inocule par des doses non mortelles de venin entier ou par du venin chauffé. Enfin, on peut immuniser des lapins par des injections hypodermiques d'hypochlorite de calcium.

Toxicité du sang et des muscles des animaux fatigués. — M. J.-S. Abelous a constaté que lorsque l'on injectait du sang d'animaux fatigués à des chiens auxquels on avait fait l'ablation des capsules surrénales, la survie des animaux était très diminuée.

Les extraits alcooliques du sang et des muscles des animaux fatigués sont aussi très toxiques.

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

—

Technique de la vaccination

La première condition à remplir, c'est de se procurer du bon vaccin. On peut choisir aujourd'hui entre la lymphe recueillie sur l'homme et celle qu'on emprunte à un animal; toutefois le second moyen est généralement préféré aujourd'hui parce qu'il offre moins de difficulté qu'il est aussi sûr, et qu'il n'expose pas à transmettre à l'enfant qu'on vaccine de maladies contagieuses comme la syphilis.

Si l'on a recours à la vaccination de bras à bras, il faut examiner avec attention l'enfant vaccinifère, s'assurer qu'il est sain, bien portant et qu'il n'a sur la peau aucune rougeur suspecte. Il faut attendre que les pustules vaccinales aient sept jours pour recueillir le fluide, ne s'adresser qu'à celles qui sont intactes, les piquer avec précaution pour en faire couler la lymphe, ne pas les épuiser et ne pas faire couler le sang.

Si l'on préfère la vaccine animale, il faut s'adresser à l'Institut vaccinal le plus proche, s'il en existe dans le pays, ou à défaut écrire à l'Académie de médecine, qui s'empresse d'envoyer gratuitement à tous ceux qui en font la demande des tubes remplis de lymphe recueillie sur les génisses de l'établissement par le conservateur de la vaccine et renfermés dans de petits étuis métalliques qui les protègent pendant le transport. Le vaccin recueilli et expédié par l'Académie peut se conserver cinq ou six mois, mais c'est la dernière limite à laquelle il faut l'employer.

Au moment de s'en servir, on commence par flamber une plaque de verre ou tout simplement une soucoupe; on la lave ensuite à l'alcool et on l'essuie avec du coton hydrophile. Cela fait, on coupe avec des ciseaux les deux extrémités du tube capillaire ; on souffle dans l'une d'elles et on recueille la goutte de fluide sur la plaque ou sur la soucoupe rendue aseptique. On lave alors la région sur laquelle on va opérer avec un tampon d'ouate hydrophile, trempé dans l'eau boriquée à 4 p. 100 et on procède à la piqûre.

L'instrument dont on se sert d'habitude est la lancette ; on peut employer celles qui servent à pratiquer la saignée, mais on préfère en général recourir à la lancette à vaccin à cause de la rainure dont elle est pourvue. On la charge de vaccin sur ses deux faces, on la passe légèrement sur le point qu'on va piquer, puis on l'enfonce oblique-

ment dans la peau de façon à atteindre les couches profondes sans faire couler le sang, ce qui n'a, du reste, qu'un inconvénient très léger. On laisse pendant quelques secondes la lancette dans la piqûre, puis on la retourne, on la retire et on l'essuie sur la petite plaie, comme pour en agglutiner les bords. Il faut charger de nouveau sa lancette à chaque piqûre que l'on pratique. Lorsqu'on a terminé sa petite opération, on laisse la partie à l'air pendant huit ou dix minutes, puis on rabat la manche sur le bras. Si le sujet porte un gilet de flanelle, si la chemise est de trop grosse toile ou si la propreté est douteuse, il est bon d'interposer entre ces vêtements et la région opérée un morceau de linge fin et propre. Dans tous les cas, il faut éviter de tenir le bras serré dans un vêtement trop étroit.

Il n'y a aucun traitement, aucun régime à imposer aux personnes vaccinées. Il faut seulement examiner le bras au bout de quatre ou cinq jours et le condamner au repos, si les pustules sont entourées d'une auréole inflammatoire très intense et si les mouvements sont devenus douloureux.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale, par MM. P. Le Gendre, médecin des hôpitaux, et A. Broca, chirurgien des hôpitaux. (Steinheil, 1894.)

MM. Le Gendre et Broca viennent de publier un ouvrage qui attire en ce moment l'attention de tous ceux qui s'intéressent à la médecine infantile.

Est-il besoin d'en présenter les auteurs aux lecteurs de l'*Union médicale* ? Leurs noms sont déjà garants de leur compétence. M. Le Gendre, qui a été pendant longtemp- un des principaux collaborateurs de notre journal, auquel il appartient encore, a été chef de clinique adjoint de la Faculté pour les maladies des enfants ; il a fondé une *Revue pratique de pédiatrie*. M. Broca est le chirurgien assistant du professeur Lannelongue à l'hôpital Trousseau, et l'un des rédacteurs en chef de la *Revue des maladies de l'enfance*.

Les auteurs ont pris, comme ils le disent, le mot thérapeutique dans son acceptation la plus large.

Ils ont voulu étudier « l'ensemble des moyens à employer pour assurer le développe- « ment normal et régulier de l'enfant, prévenir chez lui les maladies en modifiant le « tempérament morbide, s'il en existe un, et rendre la santé quand la maladie a été « réalisée. » De là, deux grandes divisions : la première partie est un beau programme d'hygiène et de thérapeutique générale infantiles ; la seconde comprend la thérapeutique spéciale à chaque affection en particulier, médicale ou chirurgicale.

Au début de la première partie, nous trouvons d'excellents conseils sur la plus importante des fonctions de l'enfant, l'alimentation, et des recommandations précises au sujet du choix toujours si difficile d'une nourrice. Nous sommes sûrs que bien des médecins auront à se louer d'avoir lu ces quelques pages qui, en même temps, nous montrent notre responsabilité et nous donnent les règles à suivre pour nous acquitter convenablement de la mission délicate qui nous est confiée. Aux mêmes titres que les pages précédentes, se recommandent celles qui ont trait à l'hygiène alimentaire des nourrices et des mères qui allaitent ; au passage dans le lait des substances organiques ou minérales, alimentaires ou médicamenteuses ; à l'influence de la menstruation et des maladies sur le lait. L'allaitement artificiel, l'alimentation après le sevrage et à tous les âges, pendant

la santé et pendant la maladie, la cure des diathèses par l'hygiène alimentaire, terminent cet important chapitre, trop souvent écourté dans les livres que nous avons entre les mains.

Dans les trois chapitres suivants, M. Le Gendre étudie successivement les *influences extérieures* qui agissent si énergiquement sur les organismes jeunes et sont pourtant d'ordinaire trop dédaignées (air, lumière, odeurs, température, etc.) et les *moyens thérapeutiques externes* (frictions, massage, bains hygiéniques, bains thérapeutiques, bains médicamenteux, douches, gymnastique, médication révulsive, etc.); puis les *modes d'administration* et le *dosage des médicaments*; enfin les *grandes indications thérapeutiques* (médications évacuante, diurétique, sudorifique, moyens de procurer le sommeil, de modérer la fièvre, médication tonique, médication antiseptique, etc.).

En résumé, prendre l'enfant à sa naissance et le conduire prudemment et sûrement pendant ses premières années à travers les obstacles dangereux qui encombrent sa route, voilà d'une part ce que nous enseigne cette première partie du livre, tandis que, d'autre part, elle nous apprend à manier les remèdes et à nous servir habilement des diverses médications qui nous seront indiquées dans la DEUXIÈME PARTIE à propos de chaque maladie.

Pour celle-ci, nous félicitons les auteurs d'avoir choisi l'*ordre alphabétique*, qui rend les livres de ce genre réellement précieux, par la rapidité avec laquelle on peut trouver un renseignement sur le traitement de telle ou telle affection.

Une des grandes qualités de cette deuxième partie de l'ouvrage est, à notre avis, la note originale et personnelle que l'on trouve à propos de la plupart de ces traitements. Les auteurs donnent surtout *leurs méthodes et leurs formules personnelles*. Ils ont écrit chacun de ces petits chapitres d'après ce qu'ils ont vu, d'après ce qu'ils ont fait eux-mêmes dans telle ou telle circonstance, et c'est à bon escient qu'ils recommandent telle ou telle intervention thérapeutique, tel ou tel médicament.

En outre, au début de la plupart des articles, le diagnostic étiologique de l'affection dont il s'agit est posé d'une façon précise, en quelques lignes. C'est dire qu'à côté du traitement des symptômes, on trouve, toutes les fois que cela est possible, le traitement même de la maladie, attaquée dans sa cause et suivant le processus pathogénique, lorsque nous les connaissons.

Il suffira, d'ailleurs, aux lecteurs qui voudront se rendre compte de la façon dont a été comprise cette deuxième partie du livre de se reporter au *traitement des pleurésies chez l'enfant*, que MM. Le Gendre et Broca ont publié ici même. (Voir *Union médicale* du 27 janvier 1894, nº 11.)

Le caractère principal du livre est d'avoir rompu nettement avec beaucoup d'anciens errements qui encombrent encore la thérapeutique et sont en désaccord avec les acquisitions pathogéniques et étiologiques contemporaines. L'emploi aussi fréquent que possible des méthodes hydrothérapiques, le souci constant de l'antisepsie, la description précise de la technique opératoire la plus moderne se remarquent à chaque page. Nous signalerons au hasard les articles BRONCHO-PNEUMONIES, APPRENDICITE, FIEVRE, PÉRITONITES, etc., qui nous ont frappé à ces points de vue.

Le *formulaire* discret, éloigné du fatras des livres similaires, et le *tableau posologique des doses limites suivant les âges*, qui se trouvent à la fin de l'ouvrage, rendront aux praticiens d'incontestables services.

Si bien des choses ont été dites, en thérapeutique comme ailleurs, MM. Le Gendre et Broca ont su cependant faire mieux que glaner après les anciens. Leur livre est nouveau par sa forme et par son esprit; nous lui prédisons non seulement un succès... d'estime, mais un succès de vente.

L. F.

Le traitement de la folie par J. Luys. — Paris, Rueff et Cie, 1893

M. Luys a groupé sous ce titre, *Traitement de la folie*, une série d'idées personnelles et d'observations cliniques recueillies dans l'asile d'aliénés où il a observé pendant près de trente ans. Il a cherché à démontrer l'action prépondérante que prennent dans le développement de la folie les influences héréditaires et a rappelé cette vérité inéluctable que la folie est un événement préparé de longue date chez les prédisposés. Il a appelé l'attention sur l'importance capitale des cellules cérébrales dans les conditions normales et pathologiques des fonctions du cerveau et a signalé le rôle considérable des régions grises de la base de l'encéphale dans les opérations de l'activité mentale.

En traitant des folies sympathiques M. Luys a donné un nouvel appui à cette doctrine qui a montré qu'il y avait un certain nombre de troubles psychiques qui n'avaient pas leurs origines réelles primitives dans la trame intrinsèque du cerveau, mais bien dans les plexus sensitifs périphériques, dans les réseaux ultimes du sympathique viscéral.

Dans une série de chapitres l'auteur a envisagé l'homme en proie à la folie dans les différentes phases de la maladie qui le frappe, sa manière d'être dans l'asile, les soins qu'il sollicite au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, et montré, au point de vue du pronostic, les résultats qu'il faut attendre d'une thérapeutique même bien dirigée.

La thérapeutique générale et spéciale a été l'objet d'une attention toute particulière. M. Luys a cherché à réagir contre l'abus des douches froides dans le traitement des formes aiguës de la folie, en montrant par contre l'utilité de la réfrigération céphalique. Mais l'auteur a surtout insisté sur l'emploi de l'hypnotisme dans le traitement de la folie. Il a montré que si, dans l'état actuel des choses, on peut obtenir de la suggestion hypnotique et de l'application des couronnes aimantées des résultats heureux dans certaines formes de psychoses greffées sur un sujet hystérique, par contre, ces ressources sont encore de peu d'effets dans les formes chroniques de la folie et chez certains sujets atteints d'hallucinations silencieuses dont l'attention ne peut être fixée.

Hypertrophie des amygdales par le Dr A. Sallard. — Paris, Rueff et Cie, 1893

L'auteur a étudié, dans ce volume de la bibliothèque Charcot-Debove, le développement excessif et morbide de l'appareil lymphoïde du pharynx, que cette altération intéresse soit l'ensemble de ces différents segments, soit isolément l'un ou l'autre d'entre eux. L'auteur a fait successivement l'étude de l'hypertrophie de chaque amygdale et a montré en même temps les rapports plus ou moins intimes qui unissent les hypertrophies les unes aux autres. La première place a été donnée à l'hypertrophie des tonsilles palatines; vient ensuite l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne, puis enfin celle de l'hyperplasie des follicules de la base de la langue. La partie thérapeutique a reçue tous les développements qu'elle comporte.

Conférences cliniques sur la tuberculose des enfants par le Dr Jules Simon. — Paris, F. Alcan, 1893

L'auteur étudie d'abord les questions générales relatives à la fréquence de la tuberculose infantile, à l'influence étiologique de la rougeole, de la coqueluche, de la grippe, de la fièvre typhoïde, au rôle de la scrofule et de l'hérédité. Viennent ensuite des chapitres sur l'étiologie de la tuberculisation des méninges chez l'enfant, sur les tuberculoses latentes, sur la fièvre tuberculeuse, sur la pleurésie purulente chez les enfants

tuberculeux, sur le pneumothorax, etc. Ces leçons intéressantes seront lues avec fruit par les élèves et par les praticiens déjà mûrs. Ils verront que l'œuvre de Laënnec reste debout toute entière agrandie par l'œuvre de Villemin et de Koch.

COURRIER

—

Concours du bureau central (chirurgie). — MM. Marc Sée, Bouilly, Campenon, Siredey ont accepté d'être du jury ; MM. Guéniot et Richelot ayant refusé sont remplacés par MM. Reynier et Humbert, qui n'ont pas encore donné de réponse. M. Nicaise n'a pas encore répondu.

— M. Gustave Planchon, professeur à l'Ecole de Montpellier, a été élu, par 44 voix sur 44 votants, comme représentant des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des écoles supérieures de pharmacie au conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Diacon, directeur de l'Ecole de Montpellier, décédé.

Académie de médecine. — Commissions de prix pour 1894. — Académie : MM. Hérard, Sée, Germain, Kelsch. — Alvarenga : MM. Riche, Lereboullet, Berger. — Amussat : MM. Larrey, Verneuil, Terrier. — Baillarger : MM. Potain, Luys, Duguet. — Barbier : MM. Duval, Chatin, Joannès, Mégnin. — Bourceret : MM. Hayem, Trasbot, Cadet de Gassicourt. — Buignet : MM. Bouchard, d'Arsonval, Moissan. — Capuron : MM. Tarnier, Robin, Pinard. — Civrieux : MM. Empis, Lancereaux, Magnan. — Daudet : MM. Guéniot, Péan, Périer. — Desportes : MM. Laboulbène, Grancher, Laveran. — Falret : MM. Besnier, Mesnet. — Godard : MM. Le Dentu, Magitot, Landouzy. — Hygiène de l'enfance : MM. Lagneau, Budin, Charpentier.—Herpin : MM. Cornil, Ranvier, Holloppeau.— Itard : MM. Polaillon, Bucquoy, Chauveau. — Laborie : MM. Tillaux, Labbé, Chauvel. — Laval : MM. Brouardel, Bouchardat, Gautier. — Meynot : MM. Jaccoud, Duplay, Fournier. — Monbine : MM. Panas, Javal, Weber. — Nativelle : MM. Jungfleisch, Prunier, Marty. — Orfila : MM. Caventou, Le Roy de Méricourt, Dumontpallier. — Portal : MM. Guyon, Sée (Marc), Straus. — MM. Pourat : Marey, Laborde, François-Franck. — Saintour : MM. Colin (Léon), Lannelongue, Debove. — Saint-Paul : MM. Proust, Planchon, Dieulafoy.—Stanski : MM. Schützenberger, Leblanc, Worms.— Vernois : MM. Vallin, Nocard, Blanchard.

— Encore une nouvelle victime du devoir professionnel : M. le docteur Adolf Meyer, assistant du professeur Schonborn, à Wurzbourg, vient de succomber à une diphtérie contractée en faisant l'opération de la trachéotomie. La canule étant obstruée par de fausses membranes et l'opéré asphyxiant, le docteur Meyer n'hésita pas à aspirer les produits bronchiques qui empêchaient le passage de l'air.

— On parle du professeur Mikuliez, de Breslau, comme devant succéder au professeur Billroth dans la chaire de clinique chirurgicale de Vienne.

Les internes de province et l'internat a Paris. — Dans le numéro du 1er mars de la *Normandie Médicale*, le Dr Brunon publie un article pour demander que les internes de province reçus au concours dans une ville possédant une Faculté ou Ecole de médecine soient admis à concourir à l'internat à Paris sans passer par l'externat.

Notre confrère fournit à l'appui de sa proposition un argument qui est évidemment sans réplique au point de vue médical. Les internes de province, dit-il, sont aussi bien préparés aux fonctions de l'internat parisien que les jeunes externes qui ont fait une année ou deux dans un service de la capitale.

Nous ajouterons que, comme le nombre de ces jeunes gens est forcément restreint, l'Assistance publique ne demandera pas mieux, nous l'espérons, que d'accorder cette petite faveur à des candidats dignes d'intérêt.

Elle n'est plus, en effet, préoccupée, à l'heure actuelle, du recrutement de l'externat. Cette anné, il y avait 800 candidats d'inscrits et il est à prévoir que ce nombre ira encore en augmentant l'année prochaine.

A PROPOS DE LA NOUVELLE CONSTITUTION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE. — On sait que le Conseil municipal a demandé à être représenté dans le Conseil de surveillance de l'Assistance publique par un plus grand nombre de ses membres, faveur qui va lui être accordée. Il est curieux de rapprocher de ce fait le suivant. Lors du vote sur les modifications capitales dans le fonctionnement du service hospitalier, un seul des trois représentants du Conseil municipal, M. Navarre, assistait à la séance et il prenait à la discussion un intérêt tellement... atténué, que lorsqu'on lui demanda son avis sur une des questions en délibération, il répondit : « Ah ! moi, je suis absent ! »

— Le professeur Zakharine qui a soigné le Tsar pendant sa dernière maladie, a reçu 60,000 roubles en or et le grand cordon de l'ordre de Saint-Vladimir.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu les 1er et 2 avril prochains, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 1er avril 1894 : 1° allocution du président ; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Philbert, membre du Conseil général ; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1893, par M. Lereboullet, secrétaire général ; 5° élection de deux vice-présidents, en remplacement de MM. Peter, décédé, et Larrey, démissionnaire ; 6° présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association ; renouvellement partiel du Conseil général ; Renouvellement partiel du Conseil : candidats : MM. Millard, Passant, Hérard, de Ranse et Douvre, sortants, arrivés au terme de leur exercice ; Delvaille (de Bayonne). (Les membres du Bureau et du Conseil sont rééligibles) ; Membres du Conseil à remplacer : MM. Vidal, décédé, Cornil, proposé pour vice-président. (Le Conseil propose MM. Reynier et Martin (A.-J.) ; 7° élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1894 ; 8° première partie du rapport de M. Motet sur les pensions viagères à accorder en 1894.

Ordre du jour de la séance du lundi 2 avril 1894 : 1° vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ; 3° deuxième partie du rapport de M. Motet sur les pensions viagères : — discussion et vote des propositions ; 4° rapport de M. Worms, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1895, et sur les vœux pris en considération par la dernière assemblée générale.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (chirurgie). — MM. Bouilly, Marc Sée, Campenon, Siredey, ont accepté d'être du jury ; MM. Humbert et Reynier remplaçant MM. Guéniot et Richelot, n'ont pas encore répondu. On attend aussi la réponse de M. Nicaise.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

HYGIÈNE

—

Epuration des eaux potables

En rendant compte, dans notre dernière chronique de l'hygiène, de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a débuté à Paris il y a un mois environ, nous disions que la cause en était encore inconnue, mais qu'il y avait lieu de craindre que les eaux d'alimentation n'aient été souillées par quelque cause accidentelle.

Cette appréhension, qui s'était manifestée vendredi, au sein du conseil d'hygiène, s'est accentuée mardi dernier à l'Académie de médecine, lorsque le même sujet a été mis en discussion. Tout porte à croire, en effet, qu'il s'agit d'une contamination fortuite des eaux de source distribuées à la population. L'épidémie a éclaté subitement à une époque qui n'est pas celle de ses recrudescences habituelles, après une période de douze ans, pendant laquelle elle avait diminué progressivement, à un moment où rien n'a été changé dans les habitudes de la population et en dehors de toute perturbation insolite de l'atmosphère. Il est donc naturel de l'attribuer, *a priori*, à la cause habituelle de sa production, à la seule qui puisse expliquer son apparition simultanée dans tous les arrondissements de Paris.

Cette supposition acquiert presque la valeur d'une certitude, en présence de l'altération des eaux de source qu'on nous délivre. Tout le monde, en effet, a remarqué que, depuis un mois, les eaux n'ont plus leur limpidité habituelle. Les gens qui font nettoyer, sous leurs yeux, leur filtre Chamberland ont pu constater que la couche boueuse et jaunâtre qui se dépose sur la surface extérieure des bougies a doublé d'épaisseur depuis la même époque ; enfin, les analyses bactériologiques pratiquées au laboratoire municipal accusent, dans les eaux que nous buvons, une quantité de micro-organismes beaucoup plus considérable que d'habitude.

A quoi tient ce changement? on ne peut pas l'attribuer à l'eau de Seine, puisqu'on n'en distribue plus depuis l'arrivée des sources de l'Avre dans Paris. En ce moment, le débit des trois sources qui alimentent la ville est si considérable qu'on en déverse 15,000 mètres cubes par jour sur la voie publique. Le service des eaux s'occupe, comme nous l'avons dit, de rechercher le point par lequel la contamination a pu se produire ; mais, en attendant le résultat très problématique de cette enquête, il était nécessaire d'avertir la population qu'il y a lieu de prendre des précautions, et c'est ce qu'a fait l'Académie en l'invitant à faire bouillir l'eau avant de la boire, pendant la durée de l'épidémie. Cette mesure a été prise dès le début dans les casernes. Depuis 15 jours, on y fait bouillir l'eau avant de la laisser boire aux soldats.

L'ébullition est, en effet, le moyen le plus sûr et le plus simple de détruire les micro-organismes pathogènes qui peuvent se trouver dans les eaux. Elle a, de plus, l'avantage, en coagulant les éléments albuminoïdes, de décomposer les matières organiques qu'elles renferment.

Ce procédé est à la portée de tout le monde; car, dans les plus pauvres ménages, il y a un petit fourneau sur lequel on peut faire bouillir, presque sans frais, la petite quantité d'eau destinée à la boisson. En faisant cette petite opération le soir, l'eau est refroidie le lendemain. C'est donc le meilleur procédé ; toutefois, l'ébullition fait perdre à l'eau ses gaz et spécialement l'acide carbonique ; elle précipite quelques-uns de ses principes minéraux, les carbonates terreux, le fer, l'argile; elle la rend insipide, et les personnes un peu susceptibles la trouvent lourde à l'estomac et difficile à digérer. Or, il est d'autres moyens de purifier les eaux, et l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en ce moment donne à l'étude de cette question une véritable actualité.

Nous avons parlé,dans un autre article, de l'épuration en grand des eaux destinées aux usages domestiques, et des moyens qu'on met en œuvre pour les débarrasser des matières qu'elles tiennent en suspension avant de les distribuer dans les villes (1) ; nous n'avons donc plus à nous occuper que de l'épuration à domicile, que des procédés auxquels on peut avoir recours pour stériliser l'eau avant de la boire quand elle est de nature suspecte. C'est en ce moment le cas de la population de Paris ; mais c'est la situation habituelle d'un grand nombre de localités dont les eaux sont troubles et souillées en tout temps, soit qu'elles proviennent de rivières ou de ruisseaux qui ont été contaminés dans leur trajet, soit qu'elles aient été fournies par des puits ayant, dans les profondeurs du sous-sol, des communications clandestines avec des fosses d'aisance.

L'épuration des eaux s'impose encore comme une nécessité dans les pays palustres, au cours des expéditions de guerre dans les pays chauds, ainsi que dans les voyages de découverte, alors qu'on est obligé de faire usage des eaux malsaines qu'on rencontre sur son chemin.

Les moyens de stériliser les eaux sont de deux sortes, la filtration et les agents chimiques. La filtration peut s'opérer à domicile à l'aide d'appareils dont la description et la simple énumération m'entraîneraient trop loin. Je ne m'occuperai que de ceux qui sont d'un usage courant. Il y a en premier lieu la fontaine *filtrante*, qu'on trouve dans presque tous les ménages à Paris. Elle est formée par un réservoir en calcaire ou en grès séparé en deux compartiments inégaux par une pierre poreuse filtrante, bien reliée aux parois verticales par un ciment spécial. La filtration s'opère à travers cette cloison à la faveur de la pression légère de la colonne d'eau contenue dans le compartiment supérieur. Lorsque le ciment est bien intact, que la pierre filtrante n'a pas de fissure, l'eau passe claire et limpide ; elle se dépouille de toutes ses matières en suspension, mais elle n'y abandonne pas ses bactéries qui passent facilement à travers les larges pores de la pierre. Ce filtre clarifie l'eau, mais il ne la rend pas inoffensive.

Le second filtre, qu'on trouve aujourd'hui dans presque tous les ménages aisés, est le filtre Chamberland. Il est constitué par un tube en porcelaine dégourdie, ayant 20 centimètres de long, 25 millimètres de diamètre intérieur et 2 millimètres d'épaisseur de paroi. Il est fermé à l'un de ses bouts et porte, à l'extrémité opposée, une bague émaillée surmontée d'une tétine, pour l'écoulement de l'eau filtrée qui se fait de l'extérieur vers l'intérieur du tube. L'étroitesse des pores de la porcelaine exige

(1) *Union médicale*, numéro du 2 mars 1893, p. 301.

une forte pression pour que l'eau puisse la traverser. Tandis que dans les filtres ordinaires la pression n'atteint jamais 1 mètre, celle-ci est la limite inférieure pour les filtres en porcelaine.

Une bougie neuve ou fraîchement nettoyée donne un débit d'un tiers de litre par heure et par mètre de pression. Comme elle a une surface totale de 1,6 décimètre carré, il en résulte que la vitesse de filtration est de 2 centimètres à l'heure avec 1 mètre de pression, de 10 centimètres pour une pression de 5 mètres, de 20 centimètres pour 10 mètres et de 30 centimètres, lorsque la pression s'élève à 15 mètres. Il ne faut pas dépasser de beaucoup cette limite sous peine de faire pencher de force les matières en suspension dans les pores de la porcelaine (1). Du reste, si l'écoulement est plus lent quand la pression est faible, la filtration est plus parfaite.

La qualité maîtresse de l'eau fournie par le filtre Chamberland, est sa limpidité et sa pauvreté en germes ; on a même cru, pendant longtemps, que la porcelaine dégourdie les arrêtait d'une façon complète. On a reconnu, depuis, que cette sécurité n'est pas absolue. M. Armand Gautier en avait fait la remarque, au début de ses recherches sur la filtration des eaux, à travers les parois de biscuit, de porcelaine ou de faïence (2). Bourquelot et Galippe ont reconnu, en 1885, que les microbes passaient à travers la porcelaine poreuse et dans un important travail publié dans la *Revue d'hygiène* en 1892 (3), M. E. Lacour a reconnu, après des essais sous des pressions de une à trois atmosphères, qu'à partir du quatrième jour, l'eau filtrée par les bougies poreuses contient des colonies qui vont en augmentant de jour en jour et finissent par devenir plus nombreuses que dans l'eau avant toute filtration. Ces bactéries se développent dans la boue qui s'attache à la paroi extérieure des bougies. Ce mucus vaseux, très putrescible, constitue un véritable milieu de culture pour les micro-organismes qui s'y multiplient et traversent de proche en proche, sous la pression de l'eau, la mince paroi de porcelaine. Ce fait a été vérifié par M. Miquel, dans une étude qu'il a publiée dans les *Annales de micrographie* (4). Il a reconnu, de plus, que l'infection était d'autant plus rapide que la température était plus élevée, la pression plus forte et l'eau plus impure. Ainsi, tandis que l'eau de la Vanne peut être stérilisée par les bougies en porcelaine pendant l'espace d'un mois, l'eau de Seine, quand elle est claire, n'est purgée de germes que pendant huit jours et pendant quatre jours seulement lorsqu'elle est trouble. Quant à l'eau de l'Ourcq, elle est très difficile à purger de bactéries pendant plus de deux jours, quelle que soit la pâte de porcelaine employée.

M. Miquel pense qu'on a attribué trop d'importance à la pression. M. Freudenreich s'est assuré que, même sous une pression nulle, plusieurs bactéries, le bacille de Koch et la bactéridie charbonneuse, notamment,

(1) E. Richard, *Revue d'hygiène appliquée*. Paris, 1891, p. 704.

(2) Armand Gautier. Epuration des eaux potables. (*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, t. II, p. 420.)

(3) E. Lacour, pharmacien major de 1re classe. Recherches chimiques et bactériologiques sur les boues du filtre Chamberland. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, numéro du 20 juin 1892, t. XIV, p. 465.)

(4) S. Miquel. Du pouvoir stérilisant des filtres en biscuit. (*Annales de micrographie*, mars 1893, p. 138.)

traversent facilement la porcelaine de proche en proche (1). Toutefois, il estime que l'appareil Chamberland-Pasteur peut donner de l'eau pure, au moins pendant huit jours et que les affirmations contraires sont exagérées.

Ces expériences, comme le fait remarquer M. Miquel, ne sont pas de nature à discréter le filtre en porcelaine. « La bougie Chamberland, dit-il, « a fait faire un pas immense à la question de la filtration des eaux à basse « température ; elle a encore quelques défauts, on peut les atténuer, les « enlever même complètement, si l'on se met sérieusement à l'œuvre pour « résoudre ce problème. »

Nous avons rendu compte l'année dernière (2) des essais faits avec la porcelaine d'amiante et de sa substitution à la porcelaine dégourdie, dans la fabrication des filtres. Les expériences paraissent concluantes, comme nous l'avons dit ; la supériorité de la porcelaine d'amiante a été, paraît-il, reconnue par MM. Girard et Miquel et attestée par M. Jungflersch à la tribune de l'Académie de médecine ; mais, si ses avantages se confirment, comme ils n'ont encore été constatés que dans les laboratoires et que le filtre Chamberland est en usage partout, il faut prendre, pour assurer l'efficacité de ce dernier, la précaution très simple de le nettoyer fréquemment. L'intervalle qu'on peut laisser entre deux nettoyages varie suivant la pression, le degré d'impureté de l'eau et la température. En ce qui a trait à la pression, M. Richard estime qu'il ne faut pas dépasser 10 mètres. Plus l'eau est impure et plus on gagne à filtrer lentement. Il faut surtout, lorsque après le nettoyage le filtre est remis en service, ne pas employer tout de suite la pression la plus forte. En raison du degré d'impureté de l'eau, l'intervalle à mettre entre les nettoyages peut varier entre deux et dix jours. Enfin, il est beaucoup plus indispensable de nettoyer souvent les filtres en hiver qu'en été. Freudenreich, dans les expériences que nous avons citées, a reconnu, en effet, que la même eau qui n'est plus stérilisée par le filtre en porcelaine, après six jours, quand la température est à 35 degrés, peut se maintenir pure jusqu'au dixième, lorsque le thermomètre marque 22 degrés et reste indéfiniment stérile, si on opère à la température ordinaire, c'est-à-dire de 15 degrés à 18 degrés. Il est pourtant préférable, dans toutes les conditions, de nettoyer les filtres Chamberland au moins une fois par semaine. Nous indiquerons plus tard comment il faut s'y prendre pour cela et nous étudierons, dans un autre article, l'épuration des eaux potables par les agents chimiques.

Jules ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars. — Présidence de M. FERRAND

Traitement d'urgence du pneumothorax par la thoracentèse

M. BURLUREAUX rapporte, au nom de M. CATRIN, l'observation d'un cas de pneumothorax traité d'urgence par la thoracentèse. L'opération donna des résultats inespérés ;

(1) De Freudenreich : Ueber die Durchlæssigkeit der Chamberland'schen Filter für Bakterien. (*Centralbl. f. Bakteriolog*, 1892, t. XII, pp. 7-8.)

(2) Revue de l'hygiène. *Union Médicale*, numéro du 25 juillet 1893, p. 114.

elle procura une survie permettant l'emploi de moyens curatifs qui amenèrent la guérison non de la lésions tuberculeuse, mais du pneumothorax lui-même. M. Catrin pense donc, avec M. Galliard, que la thoracentèse d'urgence dans le pneumothorax simple peut non seulement soulager le malade, mais aussi lui assurer la survie.

M. Rendu : Si la thoracentèse est utile dans certains cas de pneumothorax, il ne faut pas pour cela poser en principe qu'elle est toujours indiquée et qu'elle doit être faite complètement. Il vaut souvent mieux ne faire qu'une thoracentèse partielle pour ne pas créer une trop grande différence de pression qui permettrait au pneumothorax de se reproduire.

Oreillons, orchite ourlienne, accidents cérébraux tardifs

M. Ferrand rapporte l'histoire d'un malade qui entra à l'hôpital le 23 février dernier ; il était atteint d'oreillons doubles depuis 10 jours ; quelques jours après le début de l'affection, l'épididyme était pris.

Contre l'orchite ourlienne, on avait, chez ce malade, pratiqué des frictions mercurielles énergiques et il existait de la stomatite et de la salivation. En outre, le malade présentait un état cérébral très grave : prostration absolue, coma presque complet.

M. Ferrand se demanda s'il ne s'agissait pas d'accidents méningés liés aux oreillons ; mais l'état du pouls, l'intégrité des pupilles faisaient rejeter cette hypothèse. Le malade était cantinier de sa profession, c'était un alcoolique ; les accidents cérébraux étaient dus à l'intoxication éthylique. Ils disparurent d'ailleurs au bout de 48 heures ; aujourd'hui, le malade est à peu près complètement guéri.

Procédé particulier de palpation de la région épigastrique et du bord inférieur du foie

M. Mathieu décrit un procédé de palpation de la partie supérieure de l'abdomen, qui, s'il n'est pas nouveau, n'est pas du moins habituellement employé. On pourrait lui donner le nom de *palpation de bas en haut*.

Le malade est placé dans le décubitus dorsal complet, la tête peu élevée, les genoux demi-fléchis ; il respire doucement, la bouche ouverte, sans raidir ses parois abdominales.

Le médecin s'asseoit sur le bord du lit, à droite, quand c'est le foie qu'il veut examiner, et un peu au delà de l'épaule du patient ; il explore ensuite l'abdomen de bas en haut, à l'aide des extrémités digitales des deux mains rapprochées qu'il ramène progressivement vers lui par petites secousses successives de palpation.

L'extrémité des doigts est légèrement fléchie ; on cherche, en somme à accrocher avec leur pulpe toute saillie ou tumeur susceptible de se rencontrer sous la paroi abdominale. Le médecin palpe ainsi le ventre du malade de la même façon qu'il explorerait son propre abdomen. Suivant la position qu'il occupe à droite ou à gauche du lit, son bras gauche ou son bras droit se trouve placé au-devant de la figure du patient.

M. Mathieu est extrêmement satisfait de ce procédé de palpation, qui lui a permis de percevoir des tumeurs qui avaient échappé à l'examen ; grâce à lui, on détermine plus aisément le bord du foie, les saillies qu'il peut présenter, et, s'il y a lieu, le relief de la vésicule biliaire.

Polyurie et oligurie dans la tuberculose pulmonaire

M. Robin lit les conclusions d'un travail qu'il a entrepris sur ce sujet :

1° En général, la quantité d'urines est légèrement augmentée dans la première période de la phtisie pulmonaire. Elle est normale dans la seconde, et le plus souvent diminuée dans la troisième.

A chacune de ces périodes, il est un certain nombre de malades qui s'écartent de la règle. 20 fois sur 100 il s'agit d'une polyurie plus ou moins accentuée.

La polyurie est relativement plus fréquente dans la phtisie de l'adulte que dans celle du vieillard.

La polyurie du premier stade est liée à la phosphaturie ou prend les caractères de la polyurie simple.

A côté des polyuries permanentes, il convient de placer les polyuries transitoires qui sont assez irrégulières, surviennent par crises. Aussi, paraît-il légitime d'individualiser ces trois derniers groupes sous le nom de polyuries réactionnelles, que l'on classera ensuite en permanentes et transitoires, en prétuberculeuses et paratuberculeuses.

2° L'oligurie des phtisiques dépend souvent de conditions accidentelles comme la diarrhée, les vomissements, la fièvre, etc.

Quand la quantité d'urine s'abaisse sans être compensée par une augmentation proportionnelle de la densité, le pronostic s'aggrave. L'anurie totale est exceptionnelle.

Les oliguries réclament l'emploi du régime lacté.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

Erysipèle de la face

MM. Juhel-Renoy et Bolognesi ont récemment attiré l'attention sur une forme d'érysipèle de la face qui est constamment grave et souvent mortelle et qu'ils ont appelée érysipèle à type pétéchial couperosique. Cet érysipèle diffère de l'érysipèle de la face ordinaire par la concomitance d'hémorrhagies sous-cutanées, discrètes ou abondantes, petites ou étendues. Lorsqu'il se produit des vésicules ou des phlyctènes, ce n'est souvent qu'après l'affaissement de ces vésicules ou de ces phlyctènes que l'on trouve sur leur plancher un semis de pétéchies ou un vaste lacis couperosique. Les pétéchies siègent surtout aux pommettes, aux joues, au nez ; on ne les observe qu'exceptionnellement lors d'érysipèle localisé à un membre ou ambulant. Généralement, les taches, dont la coloration varie du rose au carmin, sont bien distinctes les unes des autres ; quelquefois elles arrivent à se toucher et il se fait une ecchymose plus ou moins étendue.

L'érysipèle pétéchial se voit chez les gens âgés ou atteints de sénilité prématurée ; les hommes en sont plus fréquemment atteints que les femmes, ce qui tient à la fréquence plus grande, chez eux, de l'alcoolisme et des lésions rénales et cardiaques qui en sont la suite. Les lésions cardiaques sont la règle et, chez tous leurs malades, MM. Juhel-Renoy et Bolognesi ont constaté des altérations de l'appareil circulatoire. Pour ces auteurs, du reste, « il ne suffit pas d'avoir une lésion cardiaque pour faire fatalement un érysipèle pétéchial ;... il faut avoir une maladie cardio-artérielle, avec ses déterminaisons multiples et habituelles sur le foie, les reins, le myocarde, pour être candidat à l'érysipèle couperosique ». En fait, cette forme d'érysipèle se produit chez les myocarditiques chroniques, les hépatiques, les rénaux, les sclérosés, les artériels, les athéromateux, les séniles, les alcooliques, les intoxiqués, les cachectiques, les cancéreux.

La marche de l'érysipèle pétéchial couperosique est continue ; jamais, dans cette forme, on n'observe le type abortif ; la durée de la maladie est assez longue et la convalescence traîne. La mort survient dans un dixième des cas environ, tantôt par paralysie cardiaque, tantôt par insuffisance hépatique et rénale, et les patients succombent dans un état typhoïde, souvent avec du délire.

Le pronostic de l'érysipèle pétéchial est donc assez grave, car il ne se développe que sur les organismes profondément atteints par une tare quelconque,

Comme traitement, MM. Juhel-Renoy et Bolognesi conseillent localement les prépa-

rations à base d'ichthyol; en même temps on emploiera la balnéation froide méthodique et on administrera largement le lait et l'alcool. S'il survient des accidents cardiaques menaçants, on fera des injections de sulfate neutre de spartéine (0,10 par 24 heures en 2 ou 3 doses), des injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée. (*Archives de médecine*, janvier 1894.)

— M. Juhel-Renoy a insisté, dans un autre travail, sur la fréquence des récidives de l'érysipèle. Il a constaté que le tiers de ses malades était atteint pour la deuxième, la troisième, la quatrième fois et plus. Dans un cas, chez un homme de 56 ans, le nombre des érysipèles a atteint 27; chez une femme de 28 ans, il est monté jusqu'à 60. Dans certains cas, on peut dire sans rien exagérer, que l'individu est habituellement érysipélateux.

L'érysipèle à récidives n'a pas toujours la bénignité qu'on lui prête et la gravité de la maladie ne peut être jugée d'après le nombre et la qualité des atteintes antérieures. Souvent des malades ont d'abord des érysipèles atténués, puis ensuite une atteinte grave. D'autre part, beaucoup d'individus font régulièrement des érysipèles atténués, aussi bien les premiers, que les derniers et il est possible que cette bénignité constante dans certains cas de la maladie tienne à l'intégrité de l'appareil rénal qui permet l'élimination rapide du poison. (*Médecine moderne*, 1893, n° 88.)

— La fréquence des complications cardiaques de l'érysipèle a été très différemment appréciée par les auteurs. Tandis que le professeur Jaccoud les considère comme assez fréquentes, M. Galliard ne les a constatées que 6 fois sur 350 érysipélateux. Une seule fois il a vu se produire une endocardite évidente; elle siégeait à l'orifice aortique. M. Jaccoud a vu la tricuspide et la mitrale frappées en même temps. M. Achalme a indiqué la coïncidence fréquente de l'endocardite et du pseudo-rhumatisme infectieux. M. Gaillard n'a pas observé de complications articulaires de ce genre; mais il a vu des arthrites suppurées compliquer l'érysipèle phlegmoneux des membres. L'endocardite de l'érysipèle guérit presque toujours et ne laisse que rarement subsister des lésions chroniques. Cependant il existe une forme grave infectieuse, avec végétations et ulcérations au niveau desquelles on trouve le streptocoque de l'érysipèle.

La péricardite est aussi exceptionnelle que l'endocardite; tantôt elle est légère, bénigne, sèche; tantôt elle est grave; dans ce dernier cas, elle s'accompagne de pleurésie de pneumonie, de néphrite, de suppurations multiples et le péricarde renferme un épanchement séreux ou purulent. Dans toute péricardite survenant chez un érysipélateux, il faut interroger les reins, car souvent l'inflammation du péricarde est secondaire à une néphrite érysipélateuse.

Les altérations du myocarde sont encore plus rares dans l'érysipèle, que celles du péricarde et de l'endocarde. Ponfick a cependant publié plusieurs observations de myocardite érysipélateuse; dans un cas, où il y avait en même temps pleuro-pneumonie et péricardite fibrino-purulente. Achalme a trouvé les fibres du myocarde friables, avec protoplasma granuleux, multiplication des noyaux, suppression de la striction. M. Gaillard a chez quelques malades rencontré certains souffles, certains bruits de galop transitoires pendant la période fébrile, mais pas d'arythmie, pas d'intermittences cardiaques et, en fait, trop peu de chose pour affirmer cliniquement la myocardite. Dans un seul cas, il a pu diagnostiquer une myocardite avec péricardite.

On doit surveiller le cœur dans l'érysipèle tout en sachant bien qu'il est rarement atteint. S'il survient une complication de ce côté, on aura recours à la digitale ou à la caféine associées aux médicaments antiseptiques et aux toniques. S'il y a hyperthermie et ataxie, les accidents cardiaques ne contre-indiquent pas les bains froids. Comme révulsif, on n'aura recours qu'à la ventouse sèche.

BIBLIOTHÈQUE

De la blennorrhagie chez la femme, par le docteur Verchère, 2 vol. Rueff, Paris 1894.

Nul n'était mieux placé que notre ami Verchère pour écrire les deux volumes qu'il vient de nous adresser, et jamais étude plus complète de la blennorrhagie chez la femme n'a encore été livrée au public médical.

Ce sujet, qui peut paraître restreint au premier abord, est, au contraire, excessivement vaste et s'élargit encore quand on lit les pages du chirurgien de Saint-Lazare. Toute la blennorrhagie y rentre et nous avons été vivement intéressé par ces questions d'étiologie qui, aujourd'hui, sont résolues, mais qui ont autrefois donné lieu à tant de discussions. « La plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a ». Cette phrase classique est donc toujours vraie, malgré Ricord, et si on ne trouve pas toujours la blennorrhagie chez la femme contagionnante, c'est qu'elle se dissimule, elle se cache : il faut la rechercher et savoir la trouver pour la découvrir.

Inutile de dire que l'étude clinique de toutes les formes de blennorrhagie est faite avec le plus grand soin et que toutes les complications sont traitées avec le développement qu'elles comportent. Il n'est pas jusqu'aux métrites, jusqu'aux salpingo-ovarites blennorrhagiques qui n'aient été, de la part de l'auteur, l'objet de chapitres spéciaux, et, pour finir, disons que la lecture des articles qui ont trait à la thérapeutique de cette affection apporte en même temps que le soulagement futur aux malades, la confiance aux praticiens qui ont aujourd'hui en leurs mains des moyens sûrs et exposés d'une façon si lucide, que leur application en devient toute simple.

Les qualités de plume toutes personnelles de l'auteur ne permettront pas au médecin qui aura ouvert cet ouvrage, de s'arrêter avant d'en avoir terminé la lecture.

E. R.

Leçons de clinique médicale, par Michel Peter. — Tome III[e], Paris, Asselin et Houzeau, 1893

Le III[e] volume des cliniques, de M. le professeur Peter, paru après sa mort, nous donne un dernier reflet de cet enseignement si brillant et si facile que ne peuvent se représenter ceux qui n'ont pu en profiter, mais nous donne aussi les idées personnelles de l'auteur, idées qui étaient, chacun le sait, en désaccord complet avec les tendances de la médecine contemporaine.

C'est ainsi que le volume débute par deux leçons de pathologie générale clinique dans lesquelles le professeur expose que la méthode de Pasteur dans le traitement de la rage ne donne aucuns résultats et insiste ensuite sur ce point qu'il n'y a pas de microbes spécifiques. « Au hasard et à son gré, dit-il, le pneumocoque peut être endocardocoque ou méningocoque, — faire alors une endocardite ou une méningite — et voilà l'agent tout matériel de la spécificité qui nous éloigne de la spécificité. » On reconnaît là la phrase du maître, on y reconnaît aussi ce don de la dialectique qui en faisait un adversaire si redoutable quoi qu'un peu trop passionné. Les partisans fougueux des doctrines microbiennes ne peuvent que gagner à lire ses premières leçons ainsi que celles consacrées à la spontanéité morbide ; ils pourront parfois y trouver la preuve qu'un peu de modestie ne messied pas.

Tout médecin parcourra avec un vif intérêt les pages où M. Peter expose ses idées sur la fatigue et le surmenage, la série morbide de la gastricité, les typhoïdiques, les

grippés, les cholériques. Un style merveilleux, mis au service d'un sens clinique parfait, fait de cette lecture un véritable plaisir.

DÉTERMINATION PRATIQUE DE LA RÉFRACTION OCCULAIRE PAR LA KÉRATOSCOPIE,

Pai M. le docteur BILLOT. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1893.

L'auteur a écrit son petit livre pour les médecins militaires. Il a décrit avec détails la kératoscopie à laquelle il propose, du reste, de donner le nom de skiascopie, procédé simple qui permet d'apprendre très rapidement à faire une déterminatoin de réfraction avec une exactitude presque absolue. Or, les médecins de l'armée sont obligés de déterminer la réfraction dans des cas nombreux: incorporation des jeunes soldats, hommes ayant besoin de lunettes, conscrits à examiner devant le conseil de révision. On doit donc remercier M. Billot de mettre à portée des médecins militaires les moins adonnés à l'ophtalmologie un procédé leur permettant de venir facilement à bout d'une déterminaison difficile avec les procédés habituels.

ETAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES. LES ACCIDENTS NERVEUX,

Par Pierre JANET. — Paris, Rueff et Cie.

L'auteur appelle l'attention sur ce fait qu'un accident hystérique n'est pas seulement un accident physique, mais en même temps un accident moral. Le trouble mental est évident dans les somnambulismes et les délires, il se dissimule dans d'autres cas, mais n'en existe pas moins. Les perturbations psychologique accompagnent toujours les altérations organiques de l'hystérie. Pour M. Janet, les accidents de l'hystérie sont beaucoup moins dissemblables qu'on ne le croit, ils présentent une grande unité quand on examine leur aspect moral, au lieu d'étudier uniquement leur aspect extérieur et physique. Cette ressemblance apparaît très facilement en juxtaposant les observations, et le livre de M. Janet n'est qu'un recueil d'observations psychologiques recueillies sur les hystériques et rapprochées les unes des autres.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DES ORGANES RESPIRATOIRES

Par le docteur A. BARTH. — Paris, O. Doin, 1894

Ce volume fait partie de la Bibliothèque de Thérapeutique; c'est un manuel exclusivement clinique où étudiants et médecins trouveront des règles de conduite pour les guider dans les cas si variés de la pratique journalière.

Chaque chapitre débute par un court aperçu de physiologie pathologique dans lequel l'auteur met en lumière les points d'étiologie, d'anatomie morbide et de symptomatologie qui servent de guide au thérapeute, lui permettant de déterminer les agents médicamenteux à choisir et ceux à éviter. Puis, l'auteur trace « le plan d'opération », en analysent les éléments morbides et rangent en face d'eux, par ordre d'importance, les remèdes qu'il convient de leur opposer. Chaque maladie est d'abord envisagée dans sa forme essentielle puis un court développement est consacré à chacune de ses variétés particulières.

Dans une courte introduction M. Barth envisage à un point de vue général la pathologie de l'appareil respiratoire dans ses rapports avec la thérapeutique et dresse la liste des ressources que la science moderne met à la disposition du médecin.

Dans le cours de l'ouvrage sont étudiés successivement le traitement des principales

maladies des bronches, des poumons et de la plèvre. Le traitement de la tuberculose doit faire l'objet d'un volume réparé.

Un court appendice renferme l'exposé succinct du traitement de l'asphyxie.

Le livre de M. Barth, porte l'empreinte de cet esprit clinique si nécessaire et en fait si peu répandu, grâce auquel le médecin juge sûrement la conduite à tenir dans un cas donné et sait, dans la multiplicité des médicaments qui s'offrent à lui, choisir celui qui convient le mieux. Tout praticien doit en faire autant, cela est vrai, mais combien y en a-t-il qui en soient réellement capables ?

Circulaire ministérielle relative aux nouveaux règlements des études médicales

Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante, relative aux nouveaux règlements des études médicales qui doivent entrer en vigueur le 1er novembre 1895.

Monsieur le Recteur,

La réforme à laquelle le conseil supérieur a donné, après la majorité des facultés, une pleine adhésion, réalise des idées depuis trop longtemps agitées dans l'enseignement supérieur pour qu'il soit nécessaire de la commenter ici. Vous en trouverez d'ailleurs la raisons dans les deux rapports présentés au conseil supérieur, au nom de ses commissions, par MM. les doyens de la faculté de médecine et de la faculté des sciences de Paris.

L'objet de la présente circulaire est d'appeler votre attention, celle des corps enseignants et surtout celle des familles, sur deux questions relatives à l'application de ces nouveaux règlements.

Tout d'abord la date d'application.

Aux termes des décrets, le nouveau régime des études médicales doit commencer à fonctionner à partir de l'année scolaire 1895-1896, et l'enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles exigible à partir du 1er novembre 1895, des aspirants au doctorat en médecine, doit être organisé, dans les facultés des sciences et près les écoles de médecine de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine réorganisées, situées dans des villes dépourvues de faculté des sciences, à partir du 1er novembre 1894.

Il en résulte que, pour l'année scolaire 1894-95, les aspirants au doctorat en médecine seront admis à prendre leur première inscription à la date réglementaire en justifiant du baccalauréat ès lettres ou du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique, et feront leurs études médicales sous le régime du décret de 1878.

Par suite, il sera ouvert pour ledit baccalauréat restreint des sessions d'examen en juillet et en novembre 1894.

Par là sera ménagée, dans la mesure la plus large, la transition entre les deux régimes. Mais il serait impossible d'aller plus loin. Les candidats au baccalauréat restreint qui n'auraient pas réussi au plus tard à la session de novembre 1894 devront suivre, à partir de cette date, l'année préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles et se pourvoir, s'ils veulent être admis à prendre plus tard inscription en vue du doctorat en médecine, du certificat d'études institué par le décret du 31 juillet 1893.

J'appelle maintenant l'attention toute particulière des familles sur un des effets, qu'avec le conseil supérieur de l'instruction publique, j'attends de la nouvelle organisation.

Le nombre des étudiants en médecine s'est beaucoup accru en ces trois dernières an-

nées. J'ai la conviction que ce fait résulte en très grande partie de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, qui a supprimé l'officiat de santé, tout en permettant de prendre inscription en vue de l'officiat jusqu'au 1er décembre 1893; autrement je ne serais pas sans concevoir quelque alarme d'un accroissement disproportionné avec les besoins du pays.

Quoiqu'il en soit, l'accroissement constaté, et c'est là le point sur lequel je crois devoir insister, ne s'est pas produit partout dans les mêmes proportions. Très sensible dans les facultés de Lyon, de Bordeaux et de Montpellier, il a été véritablement excessif à la Faculté de Paris. Il en résulte pour les étudiants de cette faculté des inconvénients divers, sur lesquels mon attention vient d'être tout récemment appelée par le Conseil général des Facultés de Paris. Si considérables, si variées que soient les ressources, elles sont fatalement insuffisantes pour les 5,000 étudiants de la faculté.

Le nouveau régime d'études, en organisant dans un assez grand nombre de départements l'année d'études scientifiques préparatoires aux études médicales proprement dites, pourra, si les familles comprennent les vrais intérêts de leurs enfants, remédier en grande partie à ce fâcheux état de choses. Pourquoi, au sortir du collège, venir, par exemple, de la Côté-d'Or, du Calvados ou de la Loire-Inférieure, chercher à Paris cet enseignement préparatoire, quand on l'aura, donné dans d'excellentes conditions, par des maîtres d'élite, à Dijon, à Caen ou à Nantes? Et pourquoi, une fois achevée cette année préparatoire, ne pas faire aux mêmes lieux, dans des conditions plus avantageuses pour le travail et le progrès que dans des centres pléthoriques, quelques années d'études médicales? Il en résulterait, sans dommage pour personne, au profit de tous, une décentralisation indispensable. La loi, l'administration de l'instruction publique et les municipalités ont tout fait pour que les écoles de médecine répondissent à leur destination. Les familles ne le savent pas assez.

J'aurai à vous adresser prochainement, pour les facultés des sciences, des instructions spéciales touchant le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Elles seront l'objet d'une autre circulaire. J'ai voulu me borner aujourd'hui à des indications de nature à répondre aux préoccupations des familles.

Vous voudrez bien, outre les communications ordinaires, adresser la présente circulaire aux chefs des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort et les prier d'en donner lecture dans les classes de rhétorique et de philosophie.

COURRIER

—

Banquet offert par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle aux membres de la conférence sanitaire. — La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a offert, à l'hôtel Continental, un banquet aux membres de la conférence sanitaire internationale. M. le docteur Pinard présidait, entouré des délégués de la Turquie et de l'Autriche-Hongrie. On remarquait, en outre, la présence de MM. Barrère, ministre de France à Munich, président de la conférence ; Ch. Monod, directeur général de l'Assistance publique ; Georges Berger et Trélat, députés, et des docteurs Brouardel, Napias, Rochard, Proust, Vérillon, Nocard, Bertillon, du Mesnil, Martin, etc.

Au dessert, le Dr Pinard a porté un toast aux souverains et chefs d'Etat étrangers si brillamment représentés à la conférence. Le délégué de la Turquie a répondu en buvant

« à M. Carnot, le chef de la grande et généreuse nation où les délégués reçoivent la plus cordiale hospitalité ».

M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a levé son verre à l'union de la diplomatie et de la science, et M. le docteur Napias, secrétaire général de la Société, a porté un toast aux Sociétés de médecine d'hygiène de l'étranger et à leur constante prospérité.

Enfin, M. Pagliani, délégué italien, a exprimé ses vœux en faveur des succès de la Société de médecine publique française.

— Une *mention honorable* a été décernée à M. le docteur Mesnard (de Doulon), pour acte de courage et de dévouement.

— Le docteur Cunéo, président du Conseil supérieur de santé de la marine, représentera le département de la marine dans le Comité d'hygiène publique, en remplacement de M. Lucas, directeur du service de santé, mis à la retraite.

— Le ministre de la marine vient de fixer à 18 mois, au lieu de 2 ans, la durée de séjour des médecins et pharmaciens de la marine dans les possessions du Soudan et de la Guinée française.

— Un nommé Grandclaude avait un enfant malade. Il s'adressa à un médecin du bureau de bienfaisance du XVIIe arrondissement. Celui-ci, ne pouvant immédiatement répondre à un appel *in extremis*, n'arriva qu'après la mort de l'enfant. Fou de douleur, le père se précipita sur le médecin, le rossa à coups de pied et de poing et le jeta dans l'escalier. Le tribunal correctionnel a infligé deux mois de prison à cet irascible client et, sur la demande du médecin qui intercédait en sa faveur, lui a accordé le bénéfice de la loi Bérenger.

— On annonce la mort du docteur Révilliout, ancien rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*.

— Un médecin militaire russe, le docteur Schulz, nous dit, dans le *Wratsch*, qu'il n'est pas très rare d'observer, en Russie, des hernies inguinales artificielles pour échapper au service militaire. Il existe même des spécialistes qui s'adonnent à l'opération suivante : Après avoir fait un pli à la peau des bourses, on introduit dans le canal inguinal un instrument assez semblable à celui dont se servent les gantiers pour dilater les doigts des gants ; puis on ouvre avec force cet instrument, qui élargit le canal, non sans douleur. Il ne reste donc plus qu'à compléter la hernie à l'aide de quelques exercices gymnastiques et de quelques efforts.

M. Schultz prétend que ces hernies artificielles sont faciles à reconnaître grâce aux caractères suivants : l'anneau inguinal a une forme irrégulière ; il y a disproportion entre la largeur de cet anneau et le petit volume de l'intestin qui vient s'y engager, enfin cette hernie est très sensible.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

BULLETIN

Des réformes à introduire dans le concours de l'internat et de l'externat

Nous avions, depuis longtemps, l'intention d'aborder cette importante question ; M. Kirmisson vient de nous en donner l'occasion. Dans la *Gazette hebdomadaire* du 10 mars 1894, ce chirurgien, juge du dernier concours de l'internat, insiste sur la perte de temps considérable qu'occasionnent les épreuves tant aux juges qu'aux candidats. Ouvert le 28 octobre 1893, le concours pour la nomination des internes ne s'est terminé que le 20 février 1894, c'est-à-dire qu'il a duré près de quatre mois ; il en a été de même des épreuves de l'externat.

Que pourrait-on faire? Différentes modifications ont été tour à tour proposées. On a parlé de deux jurys siégeant simultanément en conservant les examens tels qu'ils sont aujourd'hui. On a renoncé, et avec raison, à ce projet qui ne donnerait pas une promotion homogène. On prévoit déjà les comparaisons faites après chaque épreuve, et qui seraient aussi désavantageuses pour un jury que pour l'autre. M. Kirmisson propose un autre moyen bien simple d'abréger « la durée du concours », ce serait « de faire faire une première épreuve orale éliminatrice portant sur un sujet de pathologie, et d'une durée de cinq minutes ». Cette première partie orale terminée, le premier jury ferait place à un second jury chargé des épreuves définitives qui comprendraient, comme aujourd'hui, une composition écrite de deux heures, portant à la fois sur un sujet d'anatomie et sur une question de pathologie, et une seconde épreuve orale de pathologie, dont la durée serait, comme pour la première, de cinq minutes.

Certes, par ce moyen, la durée du concours serait abrégée pour les juges et pour les candidats qui n'auraient pas eu le bonheur d'être admissibles ; mais elle serait allongée pour les jeunes gens admis aux épreuves définitives, et nous doutons que ces derniers acceptent avec plaisir de subir trois épreuves au lieu de deux. Les deux jurys pourraient être, d'après la remarque de M. Kirmisson, une garantie nouvelle d'impartialité ; mais aussi, que d'inconvénients inutiles à énumérer dans le fait de faire contrôler les décisions du premier jury par un second, plus puissant, parce qu'il ferait en définitive les nominations.

Pour ces raisons, nous pensons qu'il serait préférable de se borner, comme le propose M. Kirmisson, à faire l'élimination après la première épreuve orale réduite à cinq minutes et à transporter à l'admission la composition écrite conservée comme elle l'était autrefois. Nous partageons complètement l'avis du chirurgien des Enfants assistés, quand il propose de fixer le nombre des matières en nommant une commission composée de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux chargés d'élaborer un programme au concours de l'internat. « Non, sans doute, un programme étroit, limité à un petit nombre de questions » qu'il faudrait constamment reviser, mais un programme ne mentionnant que les sujets sur lesquels

le candidat pourrait être interrogé, sans formuler le titre même de la question et excluant en même temps les points qui, ne pouvant être de la compétence du candidat, ne doivent pas lui être demandés.

Pour le concours de l'externat, l'administration de l'Assistance publique n'en est plus au temps où elle se demandait si le nombre des étudiants inscrits serait suffisant pour faire face aux exigences du service. Le nombre des candidats va en augmentant chaque année, et, en 1893, il a presque atteint 800 On sera donc forcé, d'ici peu, de créer une admissibilité, chose facile, car il n'y a qu'à rendre la première épreuve éliminatoire. Mais il est un point sur lequel le jury de l'externat a été consulté et qui intéresse tous les concours à candidats nombreux, c'est le moyen d'éviter à chaque étudiant inscrit de venir assister au début de chaque séance, pour savoir si son nom sortira de l'urne. Il y a là pour les jeunes gens, et surtout pour ceux qui sont tirés les derniers, une perte de temps considérable et tout à fait inutile. Or, il est impossible de dresser une fois pour toutes la liste et l'ordre dans lequel passeront les candidats ; car on ne manquerait certainement pas de dire que les questions ont été choisies de façon à favoriser tel ou tel élève connu des membres du jury. On a proposé de choisir, avant la première séance, toutes les questions de la première épreuve et de les mettre sous enveloppe cachetée, chaque enveloppe correspondant à une série d'élèves. C'est, après tout, ce qui se passe au concours d'agrégation; mais cela permettrait encore au jury de pouvoir être soupçonné et le jury doit être comme la femme de César.

Comme on le voit, la combinaison n'est pas facile à trouver. Celle qui nous paraîtrait présenter le moins d'inconvénients consisterait à diviser les candidats en séries de cent, d'après l'inscription sur la liste dressée par l'Administration. Dans chaque série de cent, seraient tirés à chaque séance les noms de ceux qui doivent passer, soit vingt, par exemple, ce qui n'exigerait le déplacement du candidat que cinq fois.

Hôpital de la Charité.— M. Tillaux

Du procédé de choix dans la cure radicale des hernies inguinales

Leçon recueillie par le docteur Paul Thiéry, chef de clinique.

Nous allons opérer un malade âgé de 41 ans atteint d'une hernie inguinale gauche; elle a débuté à l'âge de 7 ans, c'est dire qu'elle est congénitale. Cette hernie a augmenté peu à peu ; mal soigné et ne portant que par intervalle des bandages qui le gênaient, il a laissé sa hernie s'accroître et prendre un volume considérable ; deux fois déjà en se levant il a été pris de phénomènes d'étranglement, mais, très au courant de la situation, il a su pratiquer lui-même le taxis et a pu réduire la hernie.

Voici l'état actuel : il présente une hernie inguinale gauche congénitale, par conséquent oblique externe, du volume d'une tête d'enfant. La hernie est réductible mais difficilement contentible ; elle gargouille donc elle, contient de l'intestin ; mais celui-ci réduit, il reste une masse pâteuse qui est de l'épiploon et cet épiploon est par points adhérent.

Quant à la disposition de la paroi abdominale, elle est des plus impor-

tantes à noter : les orifices supérieur et inférieur du canal inguinal se sont fusionnés et il ne reste plus qu'un orifice, faisant communiquer directement l'abdomen avec le tissu cellulaire sous-cutané; cet orifice admet au moins deux doigts. Les parois du canal inguinal sont pour ainsi dire effondrées.

Dans ces conditions, devons-nous opérer ce malade? Plusieurs fois vous m'avez entendu dire que je ne partageais pas l'opinion de mes collègues qui pensent que toutes ou presque toutes les hernies doivent être opérées : par la bouche de Trélat la Société de chirurgie s'est prononcée sur ce point quand cet éminent chirurgien a dit : on doit opérer toute hernie qui n'est pas *complètement*, *facilement* et *habituellement* réductible et maintenue par un bandage.

Oui, notre malade présente une hernie qui est un type de hernie justiciable de l'opération dite radicale :

Elle est *douloureuse*, *volumineuse*, *incoercible* et a déjà été le siège d'accidents; il n'y a donc pas à hésiter.

Nous allons l'opérer et faire la cure radicale; mais ce mot a besoin d'explication.

Il existe en effet deux variétés de cure radicale : celle que j'appellerais volontiers une cure radicale simple et la cure radicale avec résection du canal inguinal, dont l'opération dite de Bassini est le type.

Chez certains malades on peut se contenter de réséquer purement et simplement le sac, surtout chez ceux où il n'y a pas d'effondrement du canal inguinal : chez eux, on peut se contenter d'ouvrir le sac, de réduire l'intestin de réséquer l'épiploon, de décortiquer le sac et de l'extirper. C'est ce qu'a fait, il y a huit jours, M. Thiéry mon chef de clinique, sur un malade déjà opéré par lui du côté opposé, avec un si bon résultat que le malade demanda une nouvelle opération.

Mais chez notre malade, où un large orifice remplace le canal inguinal, la cure radicale simple ne saurait amener une guérison durable. Il y a quelques années on opérait ainsi et la récidive était fatale et rapide, et cette opération simple ne saurait être considérée comme rationnelle. C'est alors qu'il faut employer la cure radicale de Bassini, dont je vous ai déjà parlé dans une leçon précédente.

Comment doit on traiter le testicule et le canal déférent? C'est un petit point que je veux traiter avec un peu plus de détails, à propos de notre malade.

Il n'y a pas de doute : il faut toujours garder le testicule, libérer le canal déférent pour ne pas le comprendre dans la ligature du sac.

Est-il cependant des cas où l'on soit autorisé à faire le sacrifice de ces organes?

Il n'est pas douteux que la conservation du cordon soit un appel à la reproduction de la hernie, puisque le canal inguinal n'a pas d'autre raison d'être que le passage du cordon.

Si donc on pouvait être autorisé à faire le sacrifice du cordon, on peut se demander si le malade n'aurait pas plus d'avantage à être débarrassé d'un cordon ou d'un testicule qui ne lui servent pas, pour rester certain que la hernie ne se reproduira pas.

C'est précisément le cas ici : le testicule gauche est atrophié ; peut-être même est-il contenu dans le sac et confondu avec l'épiploon. Le testicule

droit a son volume normal. Depuis deux ans, le malade n'a plus de désirs vénériens; consulté sur le sacrifice du testicule, il m'a répondu affirmativement en me laissant le soin de décider, et je crois, étant donné la difficulté de l'opération, qu'il y aura avantage pour lui à subir du même coup la castration.

Voici donc comment je conduirai l'opération : j'inciserai au niveau du canal inguinal lui-même que je mettrai à découvert; dans un deuxième temps, je diviserai l'aponévrose du grand oblique dans une longueur de 5 à 6 centimètres. Le canal inguinal est ouvert; il faut alors rechercher patiemment le sac et on l'ouvre ; je crois que nous aurons à réséquer l'épiploon en l'attirant modérément; peut-être faut-il fragmenter le pédicule épiploïque; l'épiploon réséqué, j'isolerai le sac, l'attirant le plus possible, je le lierai en chaîne à son collet ; à ce moment, au lieu de couper les fils qui ont servi à lui lier le sac, je ferai peut-être la manœuvre de Barker, c'est-à-dire que je fixerai ces fils à la partie supérieure et externe du canal inguinal afin que l'infundibulum du moignon du sac ne reste pas en regard de l'orifice supérieur du canal inguinal.

Je lierai alors et réséquerai le cordon ; puis, extirpant la partie inférieure du sac, j'enlèverai du même coup le testicule et le cordon. Il faut alors procéder à la restauration du canal inguinal, c'est-à-dire que je passerai, au niveau de la paroi postérieure de l'arcade au muscle transverse en évitant bien l'iliaque externe, deux fils, soit en surjet comme Bassini, soit à points séparés, ce que je préfère.

Si le cordon n'était pas coupé, il faudrait évidemment le soulever pour opérer au-dessous de lui et la paroi postérieure étant alors bien accessible, on procède à la consolidation de cette paroi.

Nous ferons de même sur les deux lèvres de la paroi antérieure du canal inguinal qui sera étroitement suturée pour augmenter la résistance du canal inguinal.

Nota. — L'opération, compliquée par les efforts de vomissement du malade, a présenté de réelles difficultés ; le sac, très volumineux et présentant plusieurs diverticules, a été isolé avec difficulté ; il n'a point été possible de reconstituer la paroi postérieure du canal, totalement absente ; cependant le sacrifice du cordon et du testicule (celui-ci était dans le sac même, hernie congénitale), a permis de passer à travers l'épaisseur de toute la paroi des fils profonds qui ont supprimé tout le canal inguinal et après l'opération le résultat était parfait.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1894. — Présidence de M. Rochard.

M. Duclaux est élu associé libre par 43 voix contre 16 à M. Blache, 8 à M. Commenge, 7 à M. Gorlieu, 4 à M. Galezowski et 1 à M. Bertillon.

Les empoisonnements par l'oxyde de carbone

Pour M. Moissan, le danger des empoisonnements lents et continus par l'oxyde de carbone est très grand. On se trouve en présence d'un ennemi presque insaisissable et auquel, bien souvent, le médecin ne peut faire remonter les responsabilités. Les causes

d'intoxication sont nombreuses. On emploie journellement dans les habitations le gaz d'éclairage qui renferme de 7 à 10 p. 100 d'oxyde de carbone, la plus minime fuite peut donc répandre le toxique dans l'air que nous respirons. Mais la cause la plus fréquente d'empoisonnement réside dans les appareils de chauffage moderne, et les accidents qu'ils causent sont innombrables.

Depuis que l'industrie s'occupe de résoudre la question de produire le maximum de chaleur avec le minimum de combustible, on règle avec soin le courant d'air qui doit arriver sur la grille. Cette simple transformation produit dans les gaz de la combustion une quantité d'oxyde de carbone beaucoup plus grande qu'auparavant. Lorsque ce système est adopté pour un calorifère à air chaud et que les joints des tuyaux ne sont pas parfaits, l'oxyde de carbone se répand dans l'air que l'on doit échauffer; or, les joints sont la plupart du temps insuffisants, on peut même dire presque illusoires.

Dans beaucoup de calorifères à air chaud, on se sert de cloches en fonte au lieu de tôle rivée, et ces cloches se fendent facilement quand on jette sur leur surface chaude une pelletée de combustible froid ou humide. Si l'accident se produit au commencement de l'hiver, l'air de l'appartement recevra de l'oxyde de carbone pendant de longs mois.

Les poêles mobiles réalisent en grand l'appareil employé dans les laboratoires pour la préparation de l'oxyde de carbone, l'acide carbonique produit à la base du poêle traversant une colonne de charbon en partie porté en rouge qui le réduit.

L'analyse du gaz fourni par un poêle mobile en plein tirage a donné à M. Moissan jusqu'à 16,017 d'oxyde de carbone ; la plus petite fente devient alors très dangereuse.

Le grand danger des poêles mobiles est que les produits de la combustion sont presque froids, le tirage est donc supprimé dès que l'on ne produit plus une colonne d'air chaud dans le coffre de la cheminée. Qu'il arrive un coup de vent et les gaz tendront à entrer dans l'appartement. Ces gaz tendant à se répandre par toutes les fissures peuvent empoisonner des personnes habitant dans des étages supérieurs. L'oxyde de carbone peut aussi s'emmagasiner dans une chambre dépourvue de cheminée, et des expériences ont prouvé la réalité de ces faits.

En résumé, les poêles mobiles sont la cause la plus grave des nombreux empoisonnements actuels par l'oxyde de carbone.

M. A. Gautier fait remarquer qu'il y a longtemps que l'Académie s'occupe des empoisonnements par l'oxyde de carbone et le Conseil d'hygiène les y a signalés bien des fois. Malheureusement, seuls les empoisonnements aigus frappent le public et ils sont relativement rares. Le danger réel réside cependant dans l'altération par moments de la santé, qui se produit lorsque l'on respire l'oxyde de carbone à faibles doses d'une façon continue, dans un air par exemple renfermant de 1/1000 à 1/10000 de ce gaz. Dans les grandes villes, l'oxyde de carbone se dégage continuellement dans l'atmosphère par suite du chauffage des habitations, et du développement du nombre des usines destinées à donner la force motrice nécessaire pour la production de la force mécanique, de l'électricité, de la lumière. Les gaz que dégagent ces usines, surtout à l'entrée de la nuit, sont plus lourds que l'air lorsqu'ils sont refroidis et envahissent l'atmosphère des rues et des maisons voisines. M. Gautier a perfectionné les procédés de recherche de l'oxyde de carbone et est arrivé à doser jusqu'à un 10,000e de ce gaz dans l'atmosphère.

M. Le Roy de Méricourt montre qu'il est certain que tous les progrès récemment réalisés présentent des inconvénients. Cependant il ne faudrait pas les exagérer et le chauffage des voitures par les briquettes ne doit pas être défendu, car il permet d'éviter bien des accidents que produisent les refroidissements.

M. Moissan répond que la Commission d'hygiène de l'Académie a demandé seulement que les produits de la combustion des briquettes soient dirigés en dehors.

Sur la proposition de M. Bergeron, l'étude de la question des intoxications par l'oxyde de carbone est renvoyée à la Commission d'hygiène.

Prothèse de l'articulation scapulo-humérale

M. Péan a pu, chez un malade ayant subi la résection de l'articulation scapulo-humérale pour tumeur blanche, remplacer les parties enlevées par un appareil en caoutchouc durci et rendu inaltérable par ébullition dans la paraffine. La capsule articulaire a été suturée à l'appareil et l'opéré a récupéré tous les mouvements de son articulation. Il ne s'est produit d'autre accident que plusieurs petits foyers purulents toujours à la même place, c'est-à-dire au-dessus de l'épicondyle.

— M. Chauvel lit un rapport sur un mémoire de M. Galezowski, intitulé : *Le glaucome est une lymphangite de l'œil.* Le rapporteur ne peut admettre le bien fondé de cette théorie et les succès de la sclérotomie antérieure ne prouve pas que cette opération agisse en désobstruant le canal de Schlemm et en rétablissant ainsi le cours de la lymphe.

Sur quelques symptômes présentés par les individus porteurs de fistules biliaires intestinales et sur les préceptes de thérapeutique et d'hygiène qui leur sont applicables.

M. Dujardin-Beaumetz. — Chez tout malade atteint d'un ictère par rétention ayant résisté à tous les efforts d'une thérapeutique méthodiquement dirigées, on doit intervenir au bout d'un certain temps par une opération.

L'ictère par rétention entraîne, en effet, des désordres qui conduisent fatalement l'économie à une déchéance progressive et à la mort. Ceci résulte de la rétention de la bile dans l'économie, d'une part, de l'autre, de la disparition de ce même liquide biliaire dans l'intestin.

La bile est un produit excrémentitiel et sa non-élimination entraîne un véritable empoisonnement. Sa présence dans le sang est suivie de phénomènes cachectiques. Le tissu adipeux diparaît rapidement ainsi que tous les produits contenant des substances grasses ou cireuses. Les glandes sébacées, même les glandes cérumineuses de l'oreille cessent leurs fonctions.

La bile est le facteur de l'alcalinité du tube digestif, alcalinité qui permet l'action des ferments digestifs intestinaux.

Le pancréas est la vraie glande digestive des omnivores ; mais l'action des ferments du suc pancréatique ne peut se faire qu'en milieu alcalin et c'est là qu'intervient l'alcalinité de la bile qui, s'écoulant par le même orifice que le suc pancréatique. peut agir immédiatement sur le bol alimentaire. Les peptones acides formées par l'estomac doivent, pour être assimilées, perdre leur acidité et c'est à la suite de la précipitation à l'état de parapeptones qu'elles sont absorbées. Lorsque cette alcalinité déterminée par l'écoulement de la bile cesse, le contenu du tube digestif devient acide. Les ferments pancréatiques ne peuvent plus agir, les peptones ne sont plus assimilables et cette acidité du contenu intestinal entraîne la contraction de l'intestin et détermine des coliques.

Donc, l'acholie est suivie d'un état d'indigestion permanent et d'un défaut d'assimilation qui trouble profondément les fonctions de nutrition.

Aussi, les individus atteints d'ictère par rétention vivent ou plutôt meurent d'un état d'indigestion pour ainsi dire continuelle. Ils mangent souvent avec beaucoup d'appétit, mais les aliments ne font que traverser le tube digestif sans être assimilés.

La déchéance de l'organisme est plus ou moins rapide selon l'âge du sujet et la cause de l'obstacle à l'écoulement de la bile.

Les malades jeunes et vigoureux peuvent résister pendant des mois ; ce n'est qu'à une période très avancée que se produisent chez eux les altérations du sang et les phénomènes cachectiques.

La cause même de l'obstacle peut être aussi invoquée au point de vue du pronostic. Tesnes a montré que, pendant la vie, on peut, au moins en partie, diagnostiquer la cause de l'obstacle à l'écoulement de la bile.

Lorsque la vésicule biliaire prend un grand développement, on peut affirmer que la cause de l'obstacle n'est pas un calcul. Toujours ces derniers laissent suinter entre eux et les parois biliaires une certaine quantité de bile ; l'adhérence n'est jamais complète L'on comprend que l'on puisse voir les ictères par rétention, suites de calculs biliaires. se prolonger, surtout chez les jeunes sujets, pendant des mois et même des années, M. Dujardin-Beaumetz a été appelé un jour en consultation par M. Le Roy de Méricourt auprès d'un malade atteint d'ictère chronique depuis plus d'un an et qui rendit spontanément un énorme calcul biliaire du volume d'un œuf de pigeon. Il n'en est plus de même quand la cause de l'obstruction est un rétrécissement du canal cholédoque fibreux ou inflammatoire ou qu'il est déterminé par une dégénérescence, de ce conduit ou des organes voisins.

Ici, l'obstruction devient complète et la vésicule se distend ; elle peut contenir 500 gr. et plus de liquide.

Si, à toutes ces causes de déchéance de l'organisme, on ajoute celle produite par la diminution de vitalité des cellules hépatiques, on comprend dans quelle situation fâcheuse se trouve le malade atteint d'un de ces ictères par rétention.

MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé avaient dès 1873, reproduit expérimentalement les lésions des cellules hépatiques.

Chez tout porteur d'ictère par rétention, lorsque tous les efforts de la médecine auront échoué, il est nécessaire d'intervenir.

Une fois le malade guéri de l'opération, dans quelles conditions se trouve-t-il vis-à-vis de la nutrition ?

Par suite de la création de la fistule biliaire, le malade voit disparaître rapidement tous les phénomènes dus à la rétention de la bile. Les urines deviennent normales, l'ictère disparaît. Il se produit alors une desquamation notable et il faut que l'épiderme se refasse pour que la peau reprenne une coloration normale ou à peu près normale. Il reste cependant toujours une pigmentation, surtout marquée du côté de la face et elle persiste fort longtemps.

Les matières fécales se colorent lentement et, pendant quelque temps, il y a des alternatives d'acholie et de polycholie résultant de l'accumulation temporaire de bile dans la vésicule. A mesure que cette dernière tend à se rétrécir, les fonctions biliaires se régularisent.

Les troubles hépatiques persistent longtemps, et l'on voit le foie garder l'augmentation de son volume bien des mois après l'opération.

L'infection des voies biliaires est la cause qui influe le plus sur les fonctions hépatiques. Les voies biliaires ne sont infectées que lorsqu'une circonstance pathologique intervient. Mais, s'il y a une fistule biliaire, la pénétration microbienne se fait bien plus facilement. Elle se traduit par des accès de fièvre analogues aux accès palustres et apparaissent à des époques plus ou moins éloignées de 5 à 10 jours.

Il se produit encore des troubles du côté de l'intestin, tenant à ce que la fistule ne s'ouvre pas près de l'ampoule de Vater, le chirurgien choisissant pour établir la fistule l'anse la plus rapprochée du foie. Il en résulte que la digestion se fait d'une façon anormale dans l'espace plus ou moins long qui sépare l'ampoule de Vater de la fistule. Il y a défaut de concordance entre la sécrétion pancréatique et la sécrétion biliaire,

d'où dyspepsie intestinale avec sensation de plénitude de une à deux heures après el repas, production de gaz, gargouillements. Cette dyspepsie intestinale entraîne de la dyspepsie stomacale. L'appétit est diminué et il y a quelquefois des crampes et des douleurs. Les garde-robes sont mal liées et souvent fétides.

L'antiseptie intestinale et la quinine donnent de bons résultats contre les phénomènes d'infection du foie.

Le salol est un excellent antiseptique intestinal quand il n'y a pas de désordre du côté des reins. Comme sel de quinine on emploiera le chlorhydrate surtout en suppositoire.

Le bicarbonate de soude pris à petites doses une heure après le repas est excellent contre l'hyperchlorhydie. Mais cequi réussit encore le mieux pour parer aux accidents résultant du lieu de l'abouchement de la fistule, c'est le régime végétarien.

Il est important de faire fonctionner très activement la peau, et il faut insister sur les lotions et les frictions au gant de crin.

L'épidémie et la fièvre thyphoïde à Paris.

M. Bucquoy a reçu de médecins de Sens des lettres intéessantes relatives à l'étiologie de l'épidémie. Depuis longtemps, la ville de Sens, qui reçoit l'eau de la Vanne, était pour ainsi dire indemne de fièvre typhoïde, lorsque tout à coup de nombreux cas se montrèrent du 10 au 14 février. A Paris, l'épidémie a débuté à la même époque et l'on ne peut s'empêcher de rapprocher ces deux faits. Il y a une trentaine d'années, les pièces d'eau alimentés par la Vanne d'un château voisin de Sens, celui de Theil-sur-Vanne, ayant été curéee, une violente épidémie de dothiénenthérie sévit sur les habitants de la propriété. La ville de Paris a capté certaines sources qui se déversaient sur les pièces d'eau, et il paraît que des terrassements ont été faits en cet endroit au moment des sècheresses de l'année dernière. Les germes ramenées de la surface auraient pu être drainés par les eaux d'hiver.

M. Bucquoy croit à une contamination brusque des sources et il est probable que des déjections thyphiques ont été déversées dans leur voisinage et les ont infectées.

M. Colin fait remarquer qu'il n'y a guère que les arrondissements de Paris recevant de l'eau de la Vanne qui soient frappés. Ce fait montre bien que c'est à tort que l'on a accusé la population militaire d'être l'origine de l'épidémie. Cette dernière semble depuis quelques jours subir une recrudescence; il est probable que cette rcreudescence n'existe pas et que, si l'administration reçoit de nombreux avis des médecins, cela tient à ce que les praticiens n'ont reçu que depuis quelques jours les carnets à fiches établis dernièrement.

M. Dujardin-Beaumetz tient à dire que le Comité d'hygiène a fait et fait tout le nécessaire pour arriver à établir l'étiologie actuelle de l'épidémie.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Périer sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de Pathologie chirurgicale. Voici la liste de classement : 1re ligne, M. Nicaise; 2e l., M. Terrillon; 3e l., M. Championnière; 4e l., M. Reclus; 5e l., M. Delens; 6e l., M. Monod.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 mars 1894 — Présidence de M. Besnier

Tuberculose buccale

M. Du Castel présente un malade atteint de lésions buccales et palatines d'un diagnostic difficile. Les ulcérations reposent sur une infiltration considérable, de telle sorte

que l'on a pu se demander si l'on n'avait pas affaire à la syphilis. Cependant, le traitement spécifique n'a donné aucun résultat.

M. FOURNIER a eu occasion de voir un malade qui présentait des lésions tuberculeuses d'un aspect semblable et chez lequel il a aussi essayé en vain le traitement anti-syphilitique. On doit donc admettre que la glossite tuberculeuse peut revêtir l'aspect d'une véritable tumeur.

Pour M. BESNIER, il s'agit réellement de tuberculose chez le malade présenté par M. Du Castel; la forme de cette tuberculose est spéciale et rappelle le lupus.

Chancre mou du doigt

M. GASTOU présente un malade qui a eu à l'index droit, sur la face palmaire, une lésion ulcéreuse,circulaire, à bords saillants et décolés, qu'il regardait comme un panaris. L'ulcération très douloureuse, à fond bourgeonnant et saignant était apparue sur une coupure et avait entraîné de l'induration du ganglion épitrochléen et des ganglions axillaires. M. Fournier diagnostiqua un chancre mou du doigt et on trouva d'autres chancres sur le gland et à la racine de la cuisse gauche; les inoculations furent positives.

M. BALZER a vu des faits du même genre à l'hôpital du Midi; il conseille d'appliquer de la pâte au chlorure de zinc sur le chancre et d'envelopper le doigt dans un appareil plâtré.

Eruption médicamenteuse

M. BROCQ décrit les lésions cutanées qui parfois succèdent à l'usage de l'antipyrine. Il se développe des placards ovalaires peu nombreux qui peuvent atteindre, dans leur grand axe, jusqu'à 8 centimètres de diamètre et siégeant çà et là sans ordre. Au début la plaque est rouge vif et le malade se plaint d'une sensation de tension, de cuisson à son niveau, puis la douleur disparaît, et la couleur se fonce, la tache devenant brunâtre. Dans certains cas, il se produit des phlyctènes. Enfin, la desquamation lamellaire est la règle. Ce qui est remarquable, c'est que si le malade reprend de l'antipyrine, il se produit de nouvelles poussées au niveau des anciennes. La couleur de la plaque peut alors aller presque jusqu'au noir.

M. WICKHAM présente une malade chez laquelle l'éruption causée par l'antipyrine revêt la forme d'une roséole syphilitique.

Dans un cas de M. BESNIER on pouvait croire à une rougeole.

Tumeurs érectiles veineuses

M. MENDEL a observé, chez un homme de 58 ans, de nombreuses tumeurs érectiles veineuses, siégeant à la face interne de la joue gauche et sur la moitié gauche de la langue. Le malade n'a jamais souffert. Le volume des tumeurs, sur la langue, peut atteindre celui d'une petite noix, leur consistance est molle et leur couleur bleuâtre; il n'y a pas de battements.

— Une petite malade de M. MENDEL, atteinte de syphilis héréditaire, a perdu la cloison du nez; les deux fosses nasales sont réunies, tapissées de croûtes fétides et l'affection continue à évoluer. La pointe du nez est rejetée en haut et l'ouverture des narines regarde directement en avant. La lésion a progressé vers la cavité buccale.

Dermatite exfoliatrice

M. LOUIS WICKHAM présente un malade atteint d'une érythrodermie exfoliatrice généralisée avec état général grave; des ulcérations gangréneuses se sont développées sur la face et dans la bouche et la cachexie est très marquée. Il s'agirait dans ce cas d'une herpétide secondaire maligne de Bazin; en effet, la dermatite exfoliatrice n'est apparue

que consécutivement à une longue période d'eczéma ; l'éruption purpurique, d'autre part, relève certainement de la cachexie.

Pour M. Brocq on devrait plutôt penser à une éruption d'origine toxique.

Gomme de l'œil

M. Albert Terson montre un malade qui a été atteint de syphilis en décembre et qui en janvier, présenta une double iritis sans granulomes. L'une des iritis guérit rapidement mais, de l'autre côté, la vue baissa puis se perdit, l'œil se ramollit et, finalement, la sclérotique se perfora pour laisser sortir une tumeur jaunâtre, qui est probablement une gomme du corps ciliaire. Le malade a, sur les jambes, des ulcérations dues à l'évolution de gommes précoces.

Nouveau cas de Morphée

MM. Hallopeau et L. Brodier. — Les auteurs formulent les conclusions suivantes :

1° Les plaques de morphée peuvent se développer sans que le tégument présente une induration appréciable ;

2° Les dimensions des taches érythémateuses et pigmentées peuvent être très considérables par rapport à l'étendue des plaques décolorées ;

3° Les plaques de morphée peuvent être le signe d'un prurit intense et persistant ;

4° La pigmentation qui les entoure peut simuler un vitiligo ; l'absence d'induration peut alors conduire à un diagnostic inexact ;

5° La coexistence de plaques indurées et de lilas ring accentué autour de quelques plaques décolorés, permettent d'éviter cette erreur ;

6° Les mêmes signes auxquels il convient d'ajouter l'absence presque complète d'anesthésie, évitent une confusion avec la lèpre ;

7° Le développement des plaques pigmentées paraît être consécutif et subordonné aux hypérémies prolongées.

BIBLIOTHÈQUE

La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris, Par Paul Lefert. — Paris, J.-B. Baillière, 1894.

L'auteur a recueilli la pratique des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris qui s'occupent surtout des maladies du système nerveux : Babinsky, Ballet, Charcot, Debove, Joffroy, Magnan, etc. Les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien sont traitées dans ce livre. Citons au hasard : l'ataxie, la chorée, l'éclampsie, l'hystérie, les myélites, la paralysie agitante. Cet ouvrage permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris ; il permet à celui qui depuis longtemps s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le tome second (terminant l'ouvrage) de Dégénérescence, par Max Nordau, vient de paraître chez l'éditeur Félix Alcan. Ce volume n'est pas inférieur en intérêt au premier.

L'auteur y complète l'étude des mystiques par celle des « égotistes », des esthètes et des réalistes ou naturalistes. Il établit les différences entre l'égoïsme qui reste normal et l'égotisme qui ne l'est pas, et il étudie les manifestations particulières de celui-ci dans la littérature moderne.

Sous le titre de « parnassiens et diaboliques », il comprend d'abord Théophile Gautier, de Banville, Baudelaire, et montre la dégénérescence caractérisée par le souci exclusif de la forme joint au mépris du sens, une recherche maladive des excitations voluptueuses, la dépravation des sens, etc.

Parmi les esthètes, il étudie longuement Ibsen et, sans méconnaître son talent, il montre, par nombre de citations extraites de ses pièces, que ses héros sont des êtres dangereux, que leur morale est celle des impulsifs de nos maisons de santé. Nietsche, qui finit actuellement son existence dans une maison de fous, est de même sévèrement jugé, et M. Nordau établit comment les vérités, sous sa plume, se transforment en erreurs et en sophismes.

Pour Zola, l'auteur dénonce la prétention exagérée de son école de nous offrir le miroir du monde, tandis que le roman « réaliste » n'est autre chose que le miroir de l'écrivain; le penchant instinctif des réalistes est de représenter des insensés, des criminels, des prostituées; leur symbolisme, leur pessimisme, leur coprolalie et leur prédilection pour l'argot, autant de symptômes de dégénérescence ! Un chapitre est consacré aux imitateurs de Zola qui ont la prétention d'avoir fondé la littérature « jeune allemande ».

L'auteur conclut que la science l'emportera sur l'art et que l'imagination devra céder de plus en plus la place à l'observation. Les dégénérés seront, il est vrai, fatalement vaincus dans la lutte pour la vie ; mais il faut cependant mettre en garde contre le mal les gens qui suivent la mode et s'abandonnent à la contagion. En montrant dans certains écrivains et artistes des malades, M. Nordau a cherché à protéger la société elle-même, la santé publique.

COURRIER

Concours du bureau central (chirurgie). — MM. Nicaise et Regnier n'ayant pas accepté de faire partie du jury ont été remplacés par MM. Desormeaux et Terrier. On attend la réponse de ces deux derniers chirurgiens.

Nouvelle étiologie de la fièvre typhoïde. — Chacun sait, à l'heure qu'il est, que le service des eaux de Paris a envoyé de l'eau de la Marne dans les conduites, de là les nombreux cas graves de fièvre typhoïde. Comme toujours, le service compétent nie cette faute grave qui a déjà coûté la vie à plus de 200 personnes. Mais nous venons de lire dans le *Gaulois* qu'un chef de bureau dudit service soutient que ce n'est pas l'eau qui est la cause des méfaits dont on la charge ; mais bien *les confetti* dont il vient d'être fait un véritable épandage sur la voie publique. Ce n'est pas mal, n'est-ce pas ? Qu'on se contente d'empoisonner la population parisienne ! Mais qu'on se moque d'elle par-dessus le marché : c'est abusif !

— Voici une nouvelle façon de tirer parti de la peine capitale, qui ne manque pas d'un certain intérêt. Ce projet de loi nous vient d'Amérique.

« Art. 1er. — Toute personne condamnée à la peine de mort par une des cours de justice de l'Etat d'Ohio servira de sujet à des recherches expérimentales. Ces recherches seront conduites dans l'intérêt de la science et de la Société, suivant des règles déterminées et dans les meilleures conditions d'humanité, de manière à éviter toute douleur inutile. Dans la préparation des expériences, qui pourraient être douloureuses, les anesthésiques seront administrés jusqu'à extinction complète de toute sensibilité, et pendant la durée de l'expérience, on continuera un usage judicieux des narcotiques, de façon à éviter toute douleur et toute souffrance au condamné.

« L'expérience terminée, le criminel sera de nouveau anesthésié et sacrifié pendant qu'il sera plongé dans un profond sommeil et entièrement insensible.

« L'exécuteur sera un physiologiste expert dûment désigné et autorisé par l'Etat. La nomination de cet exécuteur, ainsi que de 5 assistants physiologistes, appartiendra au gouverneur. Un nombre égal de députés sera chargé de surveiller la bonne conduite de l'opération.

« Art. 3. — Assisteront seuls aux expériences et à l'exécution : la personne chargée de la garde du prisonnier, l'exécuteur, ses assistants et les députés, plus ceux qui auront été dûment qualifiés pour suivre les résultats de l'expérience. Ces qualifications seront déterminées par une commission d'examinateurs qui délivreront un certificat autorisant l'impétrant à assister aux expériences.

« Comme conclusion de chaque exécution, un rapport sera rédigé par le corps des physiologistes avec les détails et les résultats de l'épreuve expérimentale. Ce rapport devra être fait dans les 30 jours qui suivront l'exécution et sera déposé dans les archives de l'institut. »

— La troisième session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie s'ouvrira à Rome le 29 mars et se fermera à Naples le 6 avril. Il sera suivi d'excursions dans l'Italie inférieure, puis dans la Toscane, la Lombardie et le Piémont.

— M. le Dr Jules Voisin, médecin du Dépôt, est en même temps chargé du service de la Conciergerie.

M. le Dr Le Coin reste premier médecin adjoint et M. le Dr Floquet, médecin du Palais de Justice, est nommé second médecin adjoint.

Concours pour la nomination a deux places d'interne en médecine a l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais) et a deux places d'interne en médecine a l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). — Le lundi 16 avril 1894, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer et à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes.

Le registre d'inscription sera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 19 mars 1894, jusqu'au lundi 2 avril inclusivement.

— Le conseil municipal de Paris a voté, mardi dernier, les conclusions suivantes d'un rapport fait au nom de sa cinquième Commission (assistance publique) par M. Dubois. 1º Suppression du bureau central ; 2º création de circonscriptions hospitalières ; 3º séparation des services des consultations hospitalières et du service dans les salles des malades ; 4º un règlement des remplacements et du service des vacances plus conforme aux exigences hospitalières que celui qui existe actuellement.

Encore une victime du devoir professionnel ! — M. Henri-Charles-Sylvestre Hérisson fils de l'ancien député et neveu du défunt ministre des travaux publics, est mort hier dans sa vingt-troisième année.

Ce jeune homme, étudiant en médecine et externe à l'hôpital de la Pitié, a succombé à la diphtérie contractée au chevet d'un malade atteint de cette affection.

Aucun service funèbre ne sera célébré à Paris. Le cercueil sera dirigé à la gare de Lyon, pour être transporté à Surgis (Nièvre), où aura lieu l'inhumation.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

L'abus des opérations

Par le docteur L.-G. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (1).

On a beaucoup discouru, dans ces derniers temps, sur la « folie opératoire » dont seraient possédés la plupart des chirurgiens. L'abus ne peut être nié. Il se trouve, dans notre métier, de grands industriels pour qui la science des indications repose, non sur l'étude des lésions et des symptômes, mais sur celle de la crédulité des malades, et qui ne voient d'autre danger dans une opération que celui qu'elle peut faire courir à leur renommée. Il s'en trouve aussi, d'un rang moins élevé, qui guettent les malades au coin des rues, qui les opèrent sans rime ni raison; le diagnostic, l'habileté manuelle importent peu, car l'antisepsie plus ou moins bien faite leur donne souvent une impunité relative. C'est d'eux qu'Ambroise Paré semble dire qu' « ils seront cent fois plus à craindre que les brigans et meurtriers guettans par les bois et chemins, parce qu'on les peut éviter et chercher un autre chemin; mais le chirurgien est cherché du pauvre malade qui tend la gorge, espérant avoir secours de celuy qui luy oste la vie. »

Et que pouvons-nous y faire? Il y aura toujours des charlatans, et s'en plaindre sera toujours prêcher dans le désert.

Mais le reproche d'abus ne s'est pas arrêté là. Les hommes les plus honnêtes et les plus conscienscieux ont été, dans un langage vague, assimilés aux exploiteurs, accusés de ne pas savoir ou de ne pas vouloir soigner leurs malades et de rechercher toujours les opérations brillantes. C'est l'esprit même de la chirurgie moderne qu'on a persiflé, calomnié.

Or, parmi les « abstentionnistes », il faut faire des catégories, et il y aurait mauvaise grâce à ne pas reconnaître, avant tout, la sincérité du plus grand nombre. Des médecins fort instruits s'étonnent de bonne foi et parlent de « prurigo secandi » dès qu'on leur propose une intervention. Habitués aux médications palliatives, ils doutent que la chirurgie puisse mieux faire; ils croient même que les procédés chirurgicaux sont d'ordre inférieur, comme s'il était plus décent, plus « honeste » au vieux sens du mot, d'administrer un bromure ou un sulfate que d'opérer avec art. Tout acte chirurgical leur paraît une mutilation. Si les médicaments restent sans effet, il leur suffit d'avoir classé les symptômes. Ils trouvent même assez naturel que les malades ne guérissent pas.

Et cependant, Bouchard leur a bien fait entendre qu'il n'est pas plus scientifique d'agir indirectement sur une lésion réputée inaccessible, que d'aller la saisir dans la profondeur des tissus. Il leur a dit que le curage des abcès froids, la destruction des foyers tuberculeux valent bien l' « inutile dépense » qu'on faisait d'huile de foie de morue, de toniques et d'amers; que le traitement local, toutes les fois qu'il est possible, est un bienfait; que le chirurgien moderne a vu son domaine rapidement s'élargir, a appris

(1) Extrait d'un livre en voie de publication, intitulé : *L'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin et les affections non cancéreuses*, O. Doin, éditeur.

à connaître un bon nombre de maladies intérieures ; qu'il sait, comme le médecin, poser les indications, et qu'il a sur lui l'avantage de pouvoir les remplir (1).

Si l'amour de l'abstention est naturel à celui qui reste incrédule parce qu'il n'a pas vu, je le comprends moins chez celui qui est armé pour agir et qui possède l'éducation chirurgicale. Et je ne fais pas allusion, pour l'instant, à la prudence de quelques-uns de nos maîtres qui sont nos conseillers naturels, et dont l'influence modératrice est bienfaisante, non seulement pour ceux qui les écoutent avec le désir de les suivre, mais pour ceux-là même qui tiennent le plus à conserver leur indépendance. Autant nous devons d'affectueux respect à ces hommes qui demeurent nos modèles, autant je fais mes réserves sur d'autres sagesses moins autorisées, qui font miroiter aux yeux des malades la guérison de leurs maux sans opération ni douleur. Ceux-là risquent d'endormir leurs patients dans une fausse sécurité, de prolonger les traitements jusqu'à la désillusion, de discréditer enfin les procédés conservateurs en les appliquant hors de propos. A ceux-là, nous devons dire que l'abstention mal motivée est elle-même un abus, et souvent plus funeste que l'autre.

Sans doute, on peut citer quelques fautes commises. Il y a de jeunes opérateurs à la décision prompte, fiers de leur savoir, entraînés par leur habileté naissante. Mais combien pouvons-nous en compter, sans parti-pris ? Et combien surtout y en a-t-il en France à qui la sagesse ne vienne vite, et dont les erreurs n'aient pour cause une inexpérience de bonne foi et bientôt corrigée ? Est-ce une raison pour ne voir, dans ceux de nos internes qui vont s'établir en province et y répandent les méthodes nouvelles, que des imprudents qui cherchent « l'opération à faire » pour étonner le monde et fonder leur renommée ? J'en connais plusieurs, dans nos grandes villes, qui ont procédé plus simplement, dont la réputation est grandement méritée, et qui travaillent à « décentraliser » la chirurgie, pour le plus grand bien des malades encore innombrables que nous pourrions sauver, et que l'ignorance ou la peur empêchent de nous demander secours. J'applaudis à leur œuvre, je la crois bonne, et je me félicite d'avoir mis le bistouri à la main de quelques-uns d'entre eux.

A tout âge, d'ailleurs, l'étude des questions nouvelles est entourée d'écueils, et bienheureux serait celui qui, en prenant sa part des recherches communes, ne ferait jamais un faux pas. Pour mon compte, je n'ai pas cette prétention ; mais j'ai celle de ne pas opérer à la légère et sans motifs suffisants. C'est par un travail sans trêve, dans un milieu où les cas abondent, que j'ai voulu me faire une opinion sur les faits que j'étudie en ce moment. Si j'ai un grand nombre d'opérations, ce n'est pas que j'aie fait le moindre effort pour les multiplier ni que j'aie tenu pour nécessaire de dépasser un certain chiffre, c'est que, dans un service d'hôpital dont le chef est toujours présent, le mouvement des malades est tel qu'il n'est nul besoin de guetter les occasions, de saisir des prétextes pour opérer, de se décider sur des examens sommaires. En parcourant mes observations, on peut voir que toutes mes malades souffraient de lésions sérieuses, invétérées, rebelles aux traitements, que leur vie était menacée ou leur aptitude

(1) Ch. Bouchard, *Leçon d'ouverture du cours de pathologie et de thérapeutique générales*, *Union médicale*, 27 mars 1888.

au travail absolument compromise. Dans la pratique de la ville, j'ai toujours procédé comme à l'hôpital et pris les mêmes responsabilités, estimant que la chirurgie n'est pas un métier qui consiste à « tirer son épingle du jeu », et à dire, quand la malade est morte : « Au moins, je ne l'ai pas tuée. » Il n'est plus permis au chirurgien de se laver les mains des malheurs qu'il aurait pu conjurer. Il ne faut plus considérer l'acte opératoire comme une abdication de la thérapeutique, mais bien comme un procédé normal pour obtenir la guérison. C'est à notre bon sens de nous dire de quelles hardiesses notre main est devenue capable, et à notre conscience de nous éclairer sur les entreprises légitimes.

Ceux qui nous gourmandent sur le chiffre de nos opérations, prétendent qu'avec de la patience les malades « pourraient guérir autrement ». Il en est cependant bien peu qui, avant de recourir à la chirurgie, n'aient été injectées, tamponnées, cautérisées, électrisées pendant des mois et des années entières ; bien peu à qui on n'ait dit, pour les livrer aux traitements les plus divers, que « l'opération est presque toujours mortelle ». Moi qui ne me repens pas d'avoir écrit que l'électricité est le meilleur traitement palliatif des tumeurs fibreuses, moi qui pense que le massage peut faire quelque bien, je consens à n'opérer jamais que des femmes à qui massage et électricité n'auront pas réussi.

J'ai vu beaucoup de malades qui étaient, depuis dix ans, victimes des « traitements de douceur ». J'en ai vu qui avaient subi le curage utérin, parce qu'il est convenu, maintenant, que cela guérit sans coup férir les lésions des annexes, et dont les douleurs, les pertes blanches ou rouges avaient doublé. J'en ai vu qui avaient subi des opérations variées, dites conservatrices, et qui figuraient comme guéries dans les statistiques pendant qu'elles venaient m'exposer leurs souffrances et me demander une intervention plus radicale. Ces opérations limitées, curages et anaplasties cervicales, dont je suis très chaud partisan quand elles sont bien indiquées, je les ai faites à contre-cœur chez des femmes qui résistaient à mes conseils ou sur l'avis d'un consultant qui ne voulait pas aller plus loin, et je n'ai pas obtenu de résultats sérieux. Je les ai faites de mon plein gré dans certains cas où je les croyais suffisantes, et j'ai dû recourir, l'année suivante, à l'extirpation des organes. Que dirais-je encore ? Si quelques malades ont été opérées à tort par des chirurgiens trop pressés, bien autrement nombreuses sont celles qu'une réserve inopportune laisse mourir ou traîner une existence misérable. Si bien qu'en choisissant parmi ces dernières et sans aller plus loin, le chirurgien le plus sage, mais convaincu de l'utilité de ce qu'il fait, n'est pas long à recueillir les éléments nécessaires pour juger la question autrement que par des mots.

Un grief qui est toujours d'un effet certain, c'est que les femmes sont mutilées et rendues stériles. Or, c'est là un argument très sérieux ou très ridicule, suivant l'usage qu'on en fait. La suppression des ovaires, à un âge où elle est un sacrifice, est inexcusable si elle n'est pas nécessaire. Mais nous opérons des femmes de 40 ans et au delà ; nous opérons des femmes jeunes, mais pourvues de pyosalpinx à la suite de l'accouchement ou de la blennorrhagie, de lésions parenchymateuses chroniques, avec des masses épaisses, adhérentes, bilatérales, des ovaires polykystiques et des trompes oblitérées ; celles-là sont mutilées d'avance. Enfin, un des types

ordinaires, c'est la femme de 36 ans, mère de trois ou quatre enfants et n'ayant plus de grossesse depuis quelques années. Tant mieux, si nous pouvons la guérir sans lui rien enlever, mais en serons-nous meilleurs citoyens? Extirper l'utérus et ne pas trouver les altérations prévues, c'est toujours une faute, mais il s'en faut que ce soit toujours un crime contre l'espèce. Additionner les chiffres de plusieurs chirurgiens et s'écrier : « Que de femmes perdues pour la reproduction ! » c'est une naïveté grande ou une bien mauvaise plaisanterie.

Enfin, le thème qui revient le plus souvent et qui prête le plus aux variations, c'est celui des névralgies pelviennes. L'opération est fatalement inefficace ; les malades restent nerveuses ; les névralgies, elles aussi, peuvent guérir autrement ou sont rebelles à tort.

Je reconnais, d'abord, que sur ce terrain ont vu le jour les audaces les moins justifiées ; que certains opérateurs ont compromis, non pas l'hystérectomie vaginale — trop jeune encore pour avoir été accommodée de la sorte — mais la castration ovarienne, en l'essayant contre les troubles nerveux et psychiques, où elle n'a le plus souvent rien à voir. Mais s'agit-il des névralgies pelviennes dont j'ai montré plusieurs échantillons, sur lesquelles je reviendrai encore, et de leur traitement par l'hystérectomie vaginale dans des conditions nettement définies, c'est nier l'évidence que de contester leur guérison.

« Prenez garde, m'a-t-on dit ; les malades guérissent peut-être, mais il ne faut pas le dire si haut. Vanter l'opération contre une simple douleur, c'est ouvrir la porte à tous les abus. » Ainsi, de nos actes il faudrait faire deux parts, l'une que nous pouvons divulguer, l'autre sur laquelle il est mieux de faire le silence, de peur d'être mal interprétés. Quels sont donc ceux qui pourraient travestir nos déclarations et en tirer de si fâcheuses conséquences? Les quelques mauvais esprits dont j'ai parlé tout à l'heure n'ont pas besoin d'être excités pour se livrer sur les malades à des entreprises défendues. Pour les autres, nous devons savoir parler notre langue assez clairement pour qu'ils ne puissent se méprendre sur les limites que nous assignons à l'intervention chirurgicale.

Si les faits que je publie sont dangereux, il faut en dire autant de bien d'autres ; il faut que la Société de chirurgie se repente amèrement d'avoir discuté un jour et mis en lumière une opération utile et bienfaisante, le curage utérin. Est-ce nous la cause des abus surprenants auxquels cette pratique donne lieu tous les jours? Est-ce nous qui avons mis la curette de Récamier dans la poche de tous les médecins, en leur disant qu'on peut, dès qu'une malade se plaint, la coucher en travers et faire quelques écorchures à sa muqueuse utérine pendant que sa bonne lui soutient les jambes?

Non, il faut que nous puissions dire tout ce que nous faisons. Je sais bien qu'il court, dans les thèses et les mémoires, deux ou trois récits qui mettent en scène des chirurgiens anglais ou américains et des jeunes femmes mutilées à leur insu ; je sais bien que, sans quitter Paris, nous entendons des allusions discrètes à certains chirurgiens qui ont proposé de but en blanc la castration à des jeunes filles un peu souffrantes. Mais cela ne fait pas qu'il n'y ait, dans nos observations, des névralgies rebelles traitées opportunément et guéries par une opération radicale ; cela n'auto-

rise personne à traiter comme des erreurs de conduite les faits positifs et rapportés de bonne foi; cela n'oblige pas les hommes dont l'expérience est faite sur un point déterminé à cacher les services qu'on peut rendre aux malades par une chirurgie audacieuse à propos.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Un rapport de M. Chaput a occupé une bonne partie de la séance, ce chirurgien ayant saisi l'occasion de faire une étude du traitement des hernies gangrenées, à propos de deux observations adressées à la Société de chirurgie par le docteur Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande).

Dans le premier cas, il s'agissait d'une *hernie sous-ombilicale de la ligne blanche* présentant une perforation qui fut enterrée dans l'intestin à l'aide d'une suture séro-séreuse faite tout autour de l'orifice. On sait que M. Piéchaud ayant employé ce procédé a, à cette occasion, proposé de donner à cette manière de faire, le nom de procédé de Martinet. M. Chaput, à ce propos, rappelle que quand une perforation est imminente, pareille suture a déjà été faite par nombre de chirurgiens cités, du reste, dans la thèse de Barette, entre autres par Bœckel en 1875, par Dayot en 1881 et en Allemagne par Lindner.

Le second malade, porteur d'une *hernie crurale*, avait l'intestin dans un tel état que M. Martinet dut pratiquer une résection intestinale et faire l'entérorraphie circulaire. L'anse fut réduite, mais il se produisit un phlegmon stercoral, le pus devint fétide et des abcès métastatiques se formèrent sur plusieurs points du corps. Pourtant tous ces accidents cessèrent et le malade finit par guérir. Le taxis avait été pratiqué sur cette hernie et M. Chaput examine en passant ce mode de thérapeutique. Comme l'a dit M. Berger, le taxis ne doit pas être fait après 24 heures d'étranglement. Il ne fait, du reste, que reculer l'opération toujours nécessaire de la cure radicale et peut être dangereux. M. Chaput en cite un exemple frappant. Appelé à Cochin pour une hernie étranglée; sous le chloroforme il pratique un léger taxis, la hernie rentre avec facilité et pourtant les symptômes d'étranglement continuent; le second jour, M. Rieffel, assistant de M. Schwartz, opère le malade, trouve un intestin gangréné et l'anus contre nature ne peut empêcher l'issue fatale. Il y avait eu réduction en masse dans un sac propéritonéal.

A propos de l'entérorraphie, M. Chaput reproche à M. Martinet, de n'avoir fait qu'un seul plan de suture ce qui est insuffisant, car une seule rangée de fils ne détermine qu'une adhérence de 2 millimètres, adhérence qui n'offre pas assez de résistance. Il faut donc faire la suture à deux étages et il est bon, dit M. Chaput, de suturer même les muqueuses. Enfin, dans ces deux cas, M. Martinet a réduit l'intestin. C'est encore pour M. Chaput une pratique défectueuse, car les sutures peuvent ne pas tenir sur des tissus altérés et, pour sa part, le rapporteur préfère garder l'anse au dehors en observation dans de la gaze iodoformée et cela pendant 48 heures.

Quant aux abcès métastatiques présentés par le second malade, c'est de l'infection purulente due, comme on le sait, au colibacille, ainsi que l'ont démontré les travaux de Verneuil, Nepveu, Garré et Clado.

Après avoir ainsi repris les points particuliers de chaque observation, M. Chaput envisage le *traitement des hernies gangrenées* en général. Elles sont justiciables de *l'anus contre nature* ou de la *résection de l'intestin*.

L'anus contre nature est certes d'une pratique facile, c'est une opération rapide et qui exige un appareil instrumental des plus simples ; mais il a bien des mauvais côtés, les accidents qu'il peut faire naître, dénutrition, abcès sous-péritonéaux, etc., l'écoulement constant des matières fécales en feraient un pis-aller, si à cela ne venait se joindre son extrême gravité. D'après les statistiques récentes, la mortalité qu'il entraînerait serait de 80 pour 100. Mickulicz donne même le chiffre de 88 pour 100 et, dans sa pratique personnelle, dit avoir eu 7 morts sur 7 cas. M. Chaput n'a eu qu'une guérison sur 7 opérés,

La résection intestinale évite tous les inconvénients de l'anus artificiel; mais il faut savoir si sa gravité est plus grande, et bien depuis que l'entéorraphie circulaire est pratiquée plus fréquemment, on la fait mieux et les statistiques de cette intervention dans les hernies gangrenées sont aujourd'hui beaucoup meilleures. C'est ainsi que Mickuliez arrive à une mortalité de 50 pour 100, qui est réduite à 33 pour 100 en n'envisageant que sa pratique personnelle. Certes, on garde les meilleurs cas pour la suture, et on peut dire avec M. Chaput, que l'entérorraphie circulaire donne aujourd'hui moins de léthalité que l'anus contre nature ; mais que les chiffres de Mickulicz forment une statistique trop sombre pour l'anus accidentel et trop belle, au contraire, pour la résection intestinale.

Cette dernière expose, en effet, à des coudures, à des rétrécissements valvulaires, les sutures peuvent manquer; aussi certains chirurgiens, comme M. Bouilly, font-ils la *suture mixte*, c'est-à-dire que, sur un point, il laisse l'intérieur de l'intestin en communication avec l'extérieur, créant une espèce de fistule stercoro-purulente qu'ils opèrent plus tard ; mais cette précaution peut être inutile quand l'entérorraphie circulaire a été soigneusement faite.

M. Chaput expose alors le procédé qu'il emploie dans les hernies gangrenées. Il opère à la cocaïne ou à l'éther, fait une résection losangique de l'intestin de façon à éviter les plis et les coudures ultérieures, fait porter sa section au delà des points suspects et pratique plusieurs étages de suture dont le premier plan est une suture de muqueuse à muqueuse.

Le rapporteur termine en donnant les règles suivantes : Dans les cas douteux, il faut ne pas réduire l'intestin et le maintenir au dehors en observation pendant 48 heures. Dans les cas de gangrène confirmée si une perforation est imminente ou si elle existe, mais de petite dimension, il faut enterrer le point malade en formant un pli à l'intestin à l'aide de deux plans de suture. Quand la partie gangrenée est étendue, il faut pratiquer la résection losangique en enlevant 4 ou 5 centimètres d'intestin et maintenir toujours l'anse suturée en observation.

M. le président donne ensuite un tour de faveur à M. le professeur Gouguenheim, qui vient faire une communication sur la *trachéotomie*. Cette opération doit être toujours préférée à la *laryngotomie inter-cricothyroïdienne*, pour les raisons suivantes : D'abord, chez les tuberculeux, on rencontre des caries du cartilage cricoïde, ce qui cause des complications et ensuite l'incision de l'arbre aérien au niveau du larynx expose à des

troubles permanents de la phonation. L'orateur a eu occasion de revoir des malades ayant subi la laryngotomie et n'ayant jamais pu retrouver leur voix.

M. Gouguenheim, comme on le sait, s'occupe des affections du larynx, et a l'occasion de la pratiquer très souvent chez les adultes, soit pour tuberculose, cancer ou syphilis; il expose à la tribune le procédé qu'il emploie et qui ne nous a pas paru porter sur des points bien importants. M. Gouguenheim opère à la cocaïne et couche par couche. Suivant la méthode de Trousseau, il sectionne toutes les parties au bistouri, sauf l'aponévrose cervicale qu'il coupe au thermo-cautère, si nous avons bien compris. Pourquoi ?

Après le discours de M. Marchant dans la dernière séance, nous pensions que la discussion sur *le trépan dans les plaies du crâne par balles de revolver* était terminée, elle n'était qu'interrompue ; M. Tuffier la reprend en venant apporter à la tribune quatre observations.

Dans la première, il s'agit d'une plaie pénétrante de la région temporale droite avec hémiplégie gauche et coma. Intervention moins de 24 heures après la tentative de suicide. Exploration vaine du trajet. Mort 36 heures après la trépanation, le blessé toujours dans le coma. Dans le second fait, c'est encore une plaie pénétrante de la même région, pas de symptômes frappants, pas de température, antisepsie de la plaie qui n'empêche pas au quatrième jour la température de monter à 39°. Trépanation; la dure-mère incisée, on tombe sur un abcès dans lequel se trouve la balle qui est extraite, et pourtant le blessé meurt. Cette observation est en faveur des interventionnistes comme la suivante, dans laquelle l'opération permit d'enlever le projectile placé au niveau de la dure-mère, de désinfecter la plaie et de guérir le malade ; chez le quatrième trépané, M. Tuffier put encore extraire la balle et guérir ce morphinomane qui avait tenté de se suicider.

De ces quatre faits, l'orateur conclut qu'il faut trépaner pour faire l'antisepsie et l'exploration qui ne sera pas poursuivie quand même, et il insiste avec raison sur la nécessité d'employer le bon trépan et la pince-gouge à l'exclusion du ciseau et du maillet, qui ébranle trop le cerveau.

La séance se termine par la lecture d'une observation de plaie du cerveau due à M. Moty, et communiquée par le secrétaire général ; ensuite M. Hartmann lit à la Société un travail sur l'examen bactériologique des suppurations pelviennes. Puis M. Monod présente un petit malade atteint de pieds bots et de malformation par arrêt de développement.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

MALADIES DES ENFANTS

Etude sur la pseudo-méningite grippale chez l'enfant. — La galoctopharite des nourrices et les affections des nourrissons qu'elle détermine

La forme pseudo-méningitique de la grippe étudiée par M. Lévêque chez les enfants a des allures très variables. Presque toujours, cependant, le début est brusque avec inappétence, crampes musculaires, etc. La céphalée est un des phénomènes les plus intenses; les douleurs se propagent le long de la colonne vertébrale et donnent une

extrême raideur de la nuque, du tronc. Dans un cas de M. Lévêque on pouvait, en passant la main derrière la tête, la soulever avec le thorax, en bloc. Très souvent, il y a en même temps des douleurs orbitaires avec photophobie et le malade gémit sans cesse, prend l'attitude en chien de fusil. Les vomissements sont habituels et se produisent spontanément, sans efforts; la langue est grippale (Faisans) (1); cette langue grippale est un caractère d'une très grande valeur et peut faciliter beaucoup le diagnostic de la pseudo-méningite. La constipation est opiniâtre, le ventre rétracté. On a encore noté la raie méningitique, la faiblesse et l'irrégularité du pouls qui est soit accéléré, soit ralenti. Généralement les symptômes thoraciques sont peu accusés; parfois, cependant, il se produit de la congestion pulmonaire. La courbe de température est des plus importantes à bien établir, car elle ne rappelle pas celle ou plutôt celles de la méningite tuberculeuse; dans cette dernière, on obtient des traces très dissemblables selon les cas, mais non le maximum habituel dès le début, l'écart persistant des températures du matin et du soir, la rechute fébrile qui apparaît si souvent quelque temps après la première défervescence. Comme symptômes peu communs on peut citer le strabisme, l'inégalité pupillaire, les convulsions, les contractures, le mâchonnement, le délire, la prostration avec somnolence invincible allant parfois jusqu'au coma.

Le plus souvent la durée de la maladie n'est que de quelques jours et les symptômes s'améliorent rapidement; quelquefois cependant la grippe se prolonge et offre des rémissions et des recrudescence ; M. Fiessinger a rapporté un cas de mort par méningite cérébro-spinale d'origine grippale (pas d'autopsie). Le plus souvent la convalescence est lente est traînante, mais la guérison est complète.

Il faut noter que souvent le tableau symptomatique est loin de rappeler aussi nettement la méningite et qu'il peut n'y avoir que quelques-uns des phénomènes de cette maladie avec une intensité variable. La congestion méningée peut alterner avec la congestion pulmonaire et la congestion rénale (Alison).

C'est surtout au début que le diagnostic avec la méningite tuberculeuse sera difficile, mais l'évolution rapide, la courbe thermométrique viendront bientôt éclairer le praticien. On pourrait encore penser, parfois, à une méningite microbienne non tuberculeuse; mais cette affection se voit surtout à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'un érysipèle et la difficulté ne deviendra assez grande que lorsqu'il s'agira d'une méningite vraie survenant dans la grippe par infection secondaire. Le plus souvent alors la température se maintient très élevée, les rémissions sont très rares et la mort arrive rapidement dans le coma; si le malade guérit il conserve habituellement des troubles de l'intelligence et de la motilité.

Dans la forme méningite de nature hystérique, qui simule si bien parfois la méningite tuberculeuse qu'Ollivier s'y est trompé, on remarque que la céphalalgie se montre sous forme de crises et coïncide avec la présence de zones hystérogènes du cuir chevelu, on recherchera, de plus, les stigmates habituels de l'hystérie; naturellement, la langue grippale fera défaut.

Le traitement sera celui des symptômes; on combattra la constipation par les purgatifs habituels ou mieux le calomel, les vomissements par les boissons glacées, la céphalée par l'antipyrine Les bains froids sont très utiles pour combattre l'hyperthermie.

— M. Damourette vient de consacrer un travail important à l'étude des affections des nourrissons déterminées par la galactophorite de la nourrice.

La galactophorite, fréquente surtout chez les femmes qui ont peu de lait, apparaît le plus habituellement dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement; les femmes qui allaitent sont, quoi qu'on en ait dit, plus fréquemment atteintes. L'inflammation se pro-

(1) Voir : Société médicale des hôpitaux, séance du 26 mai 1893.

duit à la suite d'une infection qui se fait par les conduits galactophores ; les microorganismes amenés sur le mamelon proviennent soit du nez, soit de la bouche de l'enfant, soit encore de ses yeux dans le cas d'ophtalmie purulente.

Il n'y a qu'un certain nombre de lobes qui soient atteints, surtout les inférieurs et les externes, et la glande n'est jamais prise en entier. Un grand nombre de lobes et de lobules peuvent être pris successivement et on a pu compter jusqu'à 52 abcès dans un seul sein.

Le début de la galactophorite est insidieux et souvent les symptômes généraux, élévation anormale de la température, céphalalgie, inappétence attirent seul d'abord l'attention. Bientôt apparaît la douleur du sein qui est très vive ; la mamelle atteinte se tuméfie soit en totalité, soit d'une façon irrégulière et l'examen direct montre presque toujours une fissure, une crevasse, une excoriation sous le mamelon. Tous les phénomènes locaux s'accentuent, les douleurs spontanées et provoquées augmentent encore d'intensité, et en pressant sur le sein on fait sortir un liquide d'abord louche, puis purulent, qui peut être plus ou moins entièrement mélangé au lait. Si on laisse le pus s'accumuler il se fait issue vers la peau qui se perfore ; d'autres fois il s'étale sous les téguments où l'abcès prend la forme de bouton de chemise. Lorsque l'on fait sortir le pus de la glande par expression et qu'on intervient assez tôt, la guérison est obtenue 9 fois sur 10 en 2 ou 3 jours. Si on ne suit pas cette pratique, il se fait un grand nombre d'abcès communiquant entre eux et des clapiers s'établissant la guérison est très longue à obtenir.

La lymphangite accompagne fréquemment la galactophorite ; il y a alors des traînées rouges aboutissant à des ganglions de l'aisselle, tuméfiés et douloureux.

Les soins de propreté et d'hygiène peuvent prévenir la galactophorite ; lavages du sein à l'eau boriquée, tétées régulières, etc. S'il y a des crevasses, après chaque tétée on lavera le mamelon avec de l'eau alcoolisée (demi eau, demi alcool) ; avant, on fera un lavage avec l'eau boriquée à 4 p. 100. Le traitement curatif consiste dans l'évacuation du pus par pression de la glande ; le pouce et l'index sont appliqués sur le sein à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'auréole ; on appuie d'abord d'avant en arrière de la surface vers les parties profondes, puis, tout en continuant à presser, on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon, et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. S'il y a des noyaux indurés profonds, on les pressera de façon à amener le pus vers les parties superficielles.

On doit faire l'expression matin et soir pendant deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'il ne reste plus de pus. Après l'opération, le sein est lavé et passé à l'eau boriquée. La mère doit cesser de nourrir avec la mamelle malade. Le traitement est assez douloureux ; pour diminuer les souffrances, on peut, à l'exemple de M. Legroux, appliquer sur le sein malade une ventouse munie d'un ajutage ; après le premier coup de piston, le lait ou le pus jaillit dans la ventouse et on sépare alors la pompe pour permettre à l'air d'entrer et éviter la production d'une ecchymose.

La galactophorite n'est pas seulement à redouter pour la mère, mais encore pour l'enfant. L'ingestion du pus peut entraîner chez le nouveau-né de la stomatite diphtéroïde, des abcès rétro-pharyngiens, de la dyspepsie légère ou toxi-infectieuse, des abcès sous-cutanés multiples profonds après intoxication intestinale, des otites moyennes. Les toxines absorbées amènent parfois la septicémie sans produire de troubles digestifs. Du contact du pus avec les téguments si délicats de l'enfant résultent des abcès divers, des otites externes, de la conjonctivité catarrhale ou purulente, de l'ecthyma. Enfin, la dyspepsie gastro-intestinale peut être suivie de broncho-pneumonie, de muguet.

Les expériences de Karlinsky ont prouvé que les microorganismes contenus dans le

sang d'une femelle d'animal atteinte d'infection puerpérale passaient dans le lait et que les petits succombaient souvent à la pyosepticémie. D'autre part, il est bien prouvé maintenant que le lait de femmes-mères peut contenir fréquemment des micro organismes, spécialement des staphylocoques; cette constatation a été faite dans des cas où il n'y avait aucun état morbide de la mamelle ou d'une autre partie de l'organisme. Dans ces conditions, lorsque le mamelon présente une excoriation, les microbes qui ne sont pas nuisibles sur une mamelle saine, pullulent, augmentent de virulence et produisent une galactophorite. Le nourrisson qui tête le sein infecté est ensuite atteint à son tour, surtout s'il est dyspeptique ou atteint d'une affection gastro-intestinale quelconque, rendant le contenu du tube digestif neutre ou alcalin; dans ces conditions, en effet, la multiplication des staphylocoques se fait très facilement.

Lorsqu'une femme est atteinte de galactophorites, elle peut, si la quantité de lait fournie est suffisante, continuer de nourrir par l'autre sein ; dans le cas contraire, ou si les deux mamelles sont atteintes, il faut donner à l'enfant une nourrice ou du lait stérilisé pur ou coupé d'eau sucrée.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Prophylaxie de la diphtérie

Un médecin ne doit pas se contenter de savoir bien soigner une angine diphtérique et faire convenablement une trachéotomie (1). Son rôle, en effet, n'est pas seulement de soigner des malades, mais aussi, autant que cela lui est possible, de prévenir les maladies. La diphtérie compte parmi les maladies les plus contagieuses ; il faut savoir prévenir la contagion.

On y arrivera souvent grâce à un ensemble de mesures prophylactiques qui découlent logiquement de ce que nous savons sur le mode de propagation de la maladie.

I. Il est tout d'abord une excellente habitude que le médecin devrait, par-dessus toutes, recommander aux mères : c'est celle de regarder souvent, tous les jours même, si c'est possible, la gorge de leurs enfants dès l'âge d'un an environ. On en retirerait deux bien précieux avantages : 1° celui d'habituer les enfants à bien montrer leur gorge et, par conséquent, à se laisser plus facilement et plus efficacement soigner en cas d'angine ; 2° celui de découvrir une angine dès son début et de ne pas perdre un temps précieux avant de la traiter vigoureusement. La diphtérie est une maladie insidieuse et traîtresse, et l'on ne découvre bien souvent une angine que lorsqu'elle existe depuis déjà deux ou trois jours, et quelquefois plus.

L'examen quotidien de la gorge des enfants est indispensable lorsque quelques cas de diphtérie se sont produits dans leur voisinage, quand ils se trouvent en plein foyer épidémique.

Nous ne parlerons pas des lavages de la bouche, des gargarismes antiseptiques, dont il faut donner aussi tôt que possible l'habitude aux enfants. Ils sont utiles à bien des titres que nous ne pouvons examiner ici ; leur mérite principal, c'est assurément leur action prophylactique ; de plus, s'ils ne font pas disparaître de la cavité buccale les staphylocoques, les streptocoques, etc., ils en atténuent, du moins, la vitalité et la virulence et préviennent ainsi les diphtéries polymicrobiennes, qui sont toujours si graves.

II. Un enfant est atteint de diphtérie dans une famille, et il y a d'autres enfants.

On se contente habituellement d'éloigner ces derniers ; on les isole du malade.

C'est là une excellente mesure, mais elle ne suffit pas.

(1) Voir *Union médicale* du 23 décembre 1893, n° 73, et du 20 janvier 1894, n° 8.

1° La gorge des enfants qui ont été, même pendant un temps très court, en contact avec un diphtérique devra être examinée une fois ou deux fois par jour, alors même que ces enfants ne se plaindraient d'aucune douleur et que leur santé semblerait parfaite.

2° On leur fera de plus, matin et soir, pendant une semaine au moins, des irrigations antiseptiques de la bouche, de la gorge et du nez.

III Les personnes qui soignent un diphtérique doivent se soumettre à un certain nombre de mesures et de soins minutieux, et cela dans leur propre intérêt comme dans l'intérêt des autres.

1° Pour elles-mêmes : lavages fréquents au sublimé des mains et de la figure, surtout lorsque l'enfant crache et rejette des fausses membranes ;

Gargarismes antiseptiques deux ou trois fois par jour ;

De plus, on leur recommandera de ne pas embrasser le petit malade et de ne pas manger dans sa chambre.

2° Pour les autres : les personnes qui approchent un diphtérique doivent revêtir une blouse longue, fermée au cou et aux poignets; cette blouse ne devra pas sortir de la chambre.

Une cuvette pleine de sublimé restera en permanence près de la porte; avant de sortir on déposera d'abord la blouse, puis on se lavera très soigneusement les mains et la figure.

IV. Tous les linges qui auront servi dans la chambre du malade seront désinfectés. La désinfection est aujourd'hui extrêmement facilitée à Paris et dans un certain nombre d'autres villes (étuves municipales, étuves particulières). A la campagne on désinfectera les linges en les faisant bouillir.

Quand la maladie sera terminée, on procédera à la désinfection de la chambre et de l'appartement, des meubles et des objets qu'ils contiennent (pulvérisations de sublimé) (1). Les objets de moindre valeur seront brûlés (jouets). Si l'on a donné des pièces de monnaie à l'enfant pendant sa maladie, elles seront plongées dans l'eau bouillante. Les sous que touchent les petits diphtériques sont probablement un des bons moyens de dissémination de la maladie.

V. Pendant la convalescence, l'enfant est encore dangereux. On ne saurait trop insister sur la longue durée de la contagiosité de la diphtérie. On trouve souvent des bacilles, et virulents, dans la gorge d'enfants qui semblent guéris.

Quelquefois il persiste chez eux, et pendant plus ou moins longtemps, un léger écoulement nasal, sanieux, louche; la diphtérie n'est pas terminée. Ces enfants doivent absolument être isolés.

Règle générale, un diphtérique ne doit pas sortir de sa chambre avant six semaines.

Après sa guérison, on lui donnera, toujours dans sa chambre, des bains savonneux et des bains antiseptiques (bains au sublimé) ; on lui lavera soigneusement les mains, la figure, les cheveux avec la liqueur de Van Swieten. C'est alors seulement qu'il pourra être mis en contact avec d'autres enfants et reprendre sa vie ordinaire.

COURRIER

Dans un article du journal *La Ville*, du samedi 3 mars 1894, intitulé : l'Assistance publique, nous lisons :

« Il n'est pas possible de réclamer le moindre changement, l'innovation la plus modeste, sans exciter les susceptibilités les plus chatouilleuses... Si l'on se propose de « réformer le mode d'admission des malades dans les hôpitaux, de réorganiser des con- « sultations externes, à la fois pour restreindre les dépenses et pour renforcer le service

(1) Voir *Union médicale*, 13 janvier, 27 janvier et 10 février 1894.

« médical, *les princes de la science lèvent l'étendard de la révolte*, ils crient au martyre et « pour un peu ils mobiliseraient des monomes d'étudiants sur la place de l'Hôtel-de- « Ville, et plus loin, si le déplorable incident Salmon ne s'était pas produit, la Faculté « de médecine ne serait peut-être pas à la veille de confisquer à son profit, l'enseigne- « ment des hôpitaux. » Et c'est signé ? vous avez deviné : PAUL STRAUSS ; est-ce là le langage d'un docteur en médecine ? Est-ce là la conduite d'un conseiller municipal de la ville de Paris. Décidément M. Strauss n'aime pas les étudiants ; il ne connaît même pas leur esprit de liberté, on ne les mobilise pas.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. CHIRURGIE. — C'est lundi, à midi, que doit avoir lieu la première épreuve. Donc, samedi, le jury, suivant l'usage, doit se réunir pour la première fois et c'est à peine si les candidats savent quels seront leurs juges. Aux dernières nouvelles avaient accepté : MM. Marc Sée, Terrier, Humbert, Bouilly, Campenon, Siredey. Nous ne savons pas la réponse de M. Desormeaux. Le congrès de Rome est la seule cause de ce retard.

Plusieurs chirurgiens dont les noms sont sortis de l'urne étaient, en effet, inscrits depuis longtemps pour des communications à ce congrès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les agrégés de la Faculté de médecine de Paris dont les noms suivent sont chargés, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1893-1894, des cours complémentaires ci-après désignés : M. Tuffier, pathologie chirurgicale ; M. Bar, accouchements. M. Varnier est chargé, en 1894, d'un cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes. M. Brodier est institué, du 16 février au 30 octobre 1894, chef de clinique chirurgicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Moynier est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

La date extrême de l'inscription à l'Ecole du service de santé militaire est fixée au 25 juin au soir.

L'Association Gallet-Lagoguey a renouvelé son bureau et son conseil pour l'année 1894. Ont été élus :

Président : M. Rondeau ; vice-présidents : MM. Letulle et Descouts ; secrétaire général : M. Signez ; secrétaires : MM. Malbec et Thomas ; trésoriers : MM. Fissiaux et Hénocque ; administrateurs : MM. Picqué, Linarix, Naudet, Gorecki, Briguet, Socquet, Colson, Calandreau, Bérillon et Fabre.

L'Association abaisse la limite d'âge d'admission à quarante ans et fixe le droit d'entrée à 1 franc par année d'âge.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus aux grades de :

Médecin-major de 1re classe, MM. Gazin, Stoupy, Georges.

Médecin-major de 2e classe, MM. Dalphin, Cardot, Cot, Gilbert, Ruotte, Chevalier, Puig, Ecot.

Aide-major de 1re classe, M. Friant.

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Boursin (de Nantes) ; Loppe (de Boulogne-sur-Mer) ; Pitti-Ferrandi, sénateur de la Corse ; Pujos (de Paris) ; Régis d'Auterive) ; et Thiébault, ancien médecin militaire.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Procédé de taille pubio-hypogastrique

Par le Dr Clado

Travail du laboratoire de M. le professeur Verneuil.

I

Au début d'un article consacré à la description d'une opération qui comporte une résection partielle de la symphyse pubienne, il n'est que juste de citer le nom d'Helferich. Ce chirurgien ayant pu, sans compromettre la solidité du bassin, enlever une partie de la symphyse, pour un cas d'ostéite tuberculeuse (xviie congrès all. de chir. 1888), conçut l'idée, appuyée d'ailleurs par les expériences cadavériques de Braune et Felheisen, de réséquer cette symphyse, dans sa moitié supérieure, pour aborder plus facilement les tumeurs de la vessie (*Arch. f. Klin chir.*, t. XXXVII, p. 675). Heydenreich, de Nancy (congrès fr de chir. 1891) fut également conduit, après une taille longitudinale, à réséquer la symphyse suivant le procédé d'Helferich.

Plus tard, Bramann conseilla de combiner la taille longitudinale, avec une résection temporaire de la moitié supérieure du pubis, le fragment mobile, sectionné lui-même sur la ligne médiane, étant laissé adhérent aux muscles droits. C'est là une sorte de prolongation de la taille longitudinale, jusqu'à la moitié de la hauteur du pubis. Au dernier congrès des chirurgiens allemands, cet auteur a rapporté des cas de son opération (résection temporaire du pubis) faite sur le vivant.

Avant Bramann, et presque en même temps qu'Helferich, Nichaus avait décrit (centr. f. chir. 1888) son procédé, qui consiste à pratiquer un volet osseux pouvant se rabattre en dehors, et découvrant largement la vessie. Dans ce procédé, malheureusement, les dégâts à commettre sont considérables : il faut désinsérer en partie la verge, sortir des bourses le cordon et le testicule, sectionner l'aponévrose moyenne du périnée, etc.

Le procédé d'Helferich est d'une exécution facile ; il a le mérite de la priorité. Son principal inconvénient est de fournir un jour insuffisant, surtout pour certains cas de lésions du trigone, du col ou de la face retropubienne de la vessie ; le fragment réséqué ne mesure, en effet, que deux centimètres de haut. C'est peu, dans bien des circonstances, et à ce point de vue, les avantages d'une telle résection pubienne sur la taille transversale ne sont pas bien considérables.

M'inspirant des travaux que je viens de citer, j'ai cherché, à mon tour, en expérimentant sur le cadavre : 1° à réaliser la résection temporaire d'un fragment suffisamment volumineux ; 2° à accroître encore l'ouverture en intéressant les muscles droits par une taille longitudinale bi-latérale ; 3° à régler méthodiquement, enfin, le procédé dans tous ses détails. J'ai réussi à pratiquer de la sorte une large brèche mesurant plus de 4 centimètres carrés dans sa partie osseuse et autant dans sa partie musculaire, brèche qu'on peut accroître encore considérablement par l'écartement des parties

molles qui la limitent en haut. Le procédé que je vais décrire me paraît réunir les avantages combinés de celui d'Helferich et de la symphyséotomie. La brèche osseuse pratiquée, il ne reste en effet, comme partie fixe du pubis, que l'arcade mesurant un travers de doigt en hauteur, ce qui permet de découvrir la totalité de la face antérieure de la vessie.

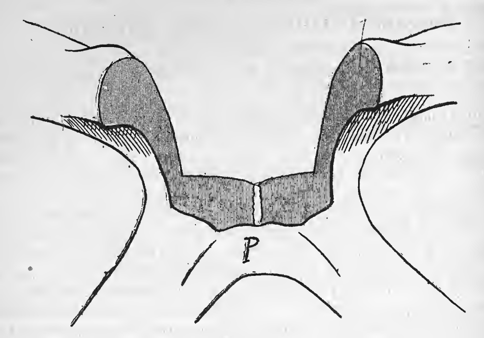


Fig. 1. — Pubis après la résection : P, Arcade du pubis.

L'operation est pratiquée le malade étant mis dans la position de Morand-Trendeienburg, la vessie *vide, sans application du ballon de Petersen.*

Les trois croquis ci-joints, pris d'après nature par mon ami Lyot, faciliteront la lecture de ma description.

II

Fenêtre pubio-hypogastrique

A. *Opération. — Points de repère* : ligne médiane omphalo-pubienne ; insertion de la verge ; les deux épines du pubis.

1er Temps : *Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.* L'incision est faite sur la ligne médiane ; elle remonte à 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis, et se prolonge en bas jusqu'à la racine de la verge; enfin deux courtes incisions obliques en bas et en dehors partent de chaque côté de l'extrémité inférieure de l'incision médiane. Cette incision comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia superficialis. Autrement dit, elle va d'emblée jusqu'à l'aponévrose des droits en haut, jusqu'au *trousseau fibreux* pré-pubien en bas. Dans son ensemble, elle figure d'abord un Y renversé, mais, par la rétraction des parties, elle affecte bientôt la forme d'un T renversé. On dissèque soigneusement les lambeaux, en rasant de près l'aponévrose et le tissu fibreux pré-pubien. Lorsque le bistouri est arrivé dans le voisinage de l'insertion du scrotum, il faut redoubler d'attention. Là se trouvent les cordons spermatiques. On les charge chacun, par son côté interne, sur un écarteur et on les relève en dehors, pendant qu'on poursuit la dissection au-dessous d'eux. Il est bon de ne pas trop poursuivre leur décollement, mais de s'arrêter dès qu'on a atteint l'épine du pubis.

Les parties largement écartées, la plaie se présente sous l'aspect d'un triangle, au fond duquel on voit : en haut la gaine des droits et la ligne blanche ; de chaque côté, l'épine du pubis, avec les faisceaux internes du grand oblique, faisceaux constituant le pilier interne de l'anneau inguinal et qui viennent s'entrecroiser sur la ligne médiane au devant du pubis; plus bas, toute la face antérieure du pubis cachée par une couche fibreuse dont l'épaisseur atteint souvent 1/2 centimètre ; plus en dehors, les insertions, réunies en une aponévrose nacrée, du grand oblique, du droit interne, et du moyen ou premier adducteur ; ces attaches musculaires seront en partie désinsérées dans le deuxième temps de l'opération.

Remarques. — Les parties molles sous-cutanées disséquées dans ce premier temps sont constituées en bas principalement par la réunion de ces trousseaux fibro-élastiques, parfois musculo-fibro-élastiques, dont se compose en partie l'appareil de suspension et de cloisonnement des bourses. Leur importance fonctionnelle et leur rôle, dans la cicatrisation ultérieure, sont faciles à comprendre ; aussi, je conseille de les disséquer en masse, jusqu'à l'angle externe de la plaie, en les laissant adhérer à la peau.

2e Temps. — *Désinsertion musculaire — incision des parties fibreuses.* — Reconnaître les épines du pubis ; récliner la verge en bas, avec un écarteur ou une double érigne ; passer le doigt sous la symphyse et chercher à sentir l'arcade pubienne. Il est plus facile de reconnaître le bord tranchant de la branche descendante du pubis que l'arcade elle-même, sur la ligne médiane, car elle est en quelque sorte émoussée par l'attache du ligament sous-pubien.

Ces différentes parties reconnues, on procède, par petits coups de bistouri, à la désinsertion partielle de l'aponévrose qui réunit les trois muscles : grand oblique, droit interne et moyen adducteur ; puis, avec un détache-tendon, on décolle de chaque côté les faisceaux musculaires, jusqu'à une ligne fictive abaissée verticalement de l'épine du pubis. Je conseille de respecter entièrement la couche fibreuse pré-pubienne qui jouera un rôle important dans la cicatrisation ultérieure, et particulièrement dans la consolidation osseuse. La désinsertion des muscles terminée, le pubis apparaît grâce à la couche fibreuse qui le double en avant, sous la forme d'un angle mousse saillant.

Le doigt insinué sur le côté et au-dessous de la verge, reconnaît de nouveau le bord inférieur de l'arcade pubienne ; à un travers de doigt au-dessus de cette arcade, on plante un bistouri à résection, verticalement dans la couche fibreuse, pour marquer le point sur lequel portera la section osseuse, qui correspondra au bord inférieur du rectangle osseux qu'il s'agit d'enlever. Avec le même bistouri, on tranche transversalement le tissu fibreux et le périoste dans une étendue d'environ 4 centimètres ou un peu plus, suivant la largeur du pubis. Deux lignes verticales, tracées de la même façon, partiront respectivement de l'épine même du pubis, pour venir se terminer aux extrémités de la ligne transversale. On devine que ces deux lignes verticales réunies à la ligne transversale, délimitent en largeur et en hauteur, l'étendue du fragment à réséquer. Grâce à l'épaisseur du tissu fibreux qui double le pubis en avant, les lignes, ainsi tracées au bistouri, constituent de véritables règles, destinées à guider avec exactitude l'instrument qui doit ensuite sectionner l'os.

3ᵉ Temps. — *Section ostéo-musculaire.* — L'os doit être attaqué de la façon suivante : avec un ciseau mince et le maillet (ou un marteau quelconque) à petits coups redoublés, on sectionne suivant la ligne transversale, assez profondément, mais sans dépasser le périoste en arrière. Mieux vaut laisser en place, pour le moment, quelques lamelles osseuses, ou même une petite épaisseur d'os, que de s'exposer à faire des échappées vers la cavité du bassin. On suspend alors le travail de ce côté, pour se reporter aux épines pubiennes. Au-dessus de chacune d'elles, avec le bistouri à résection, on pratique, en plein muscle une petite incision verticale, en dirigeant le tranchant sur l'épine même, qu'on entame profondément. En ce point, on glisse de haut en bas, derrière le pubis, une forte sonde cannelée, qui rase le bord postérieur de l'os, garni de ses parties molles, et s'arrête à une profondeur de 4 à 5 centimètres ; autrement dit, elle s'enfonce d'une étendue à peu près égale à la hauteur de la future section osseuse. Un aide maintient cette sonde en place, accolée au pubis, afin de protéger les parties molles pendant la résection. Dans l'incision que vient de pratiquer le bistouri sur l'épine, on insinue le ciseau, tenu verticalement, et l'on sectionne de haut en bas, à petits coups, le corps du pubis, jusqu'à l'incision transversale. On peut remplacer avantageusement le ciseau par un fort couteau à autopsie, avec lequel, grâce à sa minceur, on pratique la fente verticale plus facilement et sans trop écarter l'un de l'autre les deux fragments. J'ai fait fabriquer à cet effet un instrument qui permet de se passer de la sonde cannelée. C'est une sorte de fort couteau, à lame courte, dont l'extrémité est formée par un rebord perpendiculaire, dépassant un peu la lame de chaque côté. Tel un bistouri boutonné, ce couteau, grâce à son rebord saillant, ne risque dans aucun cas de blesser les organes qui peuvent se trouver derrière la symphyse.

Lorsque la section verticale de l'os est terminée d'un côté, on procède de même du côté opposé ; enfin, par quelques coups de ciseau donnés, suivant les besoins, transversalement ou verticalement, on arrive à mobiliser le fragment médian du pubis ; on le repousse alors par son bord supérieur, du côté de la cavité pelvienne, de façon à entr'ouvrir, en bas, la fente transversale. Au fond de la plaie osseuse apparaît le périoste, sous forme d'une membrane blanche, nacrée, résistante ; on l'incise au bistouri. Aussitôt que le périoste est incisé, le tissu graisseux pré-vésical se montre, sous l'aspect d'une couche lardacée, qui constitue un véritable repère, tellement elle est facile à reconnaître.

Le fragment totalement libre est saisi avec un davier et renversé en haut. On coupe à mesure les liens celluleux qui le retiennent à la couche graisseuse pré-vésicale, pour le faire basculer complètement. Le troisième temps se termine par la section, à l'aide des ciseaux, du muscle droit de chaque côté, section qui doit être verticale, et mesurer, à partir de l'épine pubienne, 3 à 5 centimètres en hauteur.

Je ferai remarquer que toutes ces manœuvres de la taille s'exécutent sans grand écoulement sanguin, grâce aux précautions que j'indique. La section osseuse, en effet, s'opère sans hémorrhagie ; la section musculaire peut, il est vrai, donner du sang, mais des pinces hémostatiques peuvent être facilement posées, et l'effusion sanguine devient insignifiante. Le rameau interne de l'épigastrique, qui parcourt le bord supérieur du pubis, peut être

sectionné sans crainte. Quant à l'épigastrique elle-même, elle s'engage généralement dans la gaîne du muscle, plus haut que le point où portera la section musculaire latérale. D'ailleurs, admettant même qu'elle se trouvât plus bas, on peut toujours l'écarter, et même la sectionnerait-on, que cela n'aurait aucune importance.

Le volet ostéo-musculaire est donc relevé ; il est constitué par la symphyse pubienne en bas, et par les deux droits et les deux pyramidaux en haut. La ligne blanche est intacte. La brêche osseuse est représentée par l'arcade du pubis en bas, le rebord des trous obturateurs intacts de chaque côté.

La taille préliminaire est terminée. Le chemin qui conduit à la vessie est largement ouvert. L'organe se trouve au fond de la plaie, ratatiné derrière le tissu graisseux qui en masque la surface. Constamment on voit apparaître, à travers le péritoine, une anse intestinale transversalement couchée derrière le pubis, sur le tissu graisseux pré vésical, et séparée de lui par la séreuse.

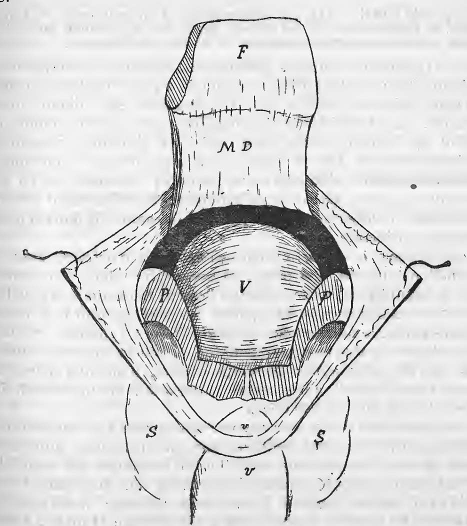


Fig. 2. — Opération terminée : F, Fragment temporairement réséqué; M D, Muscles droits; P P, Partie fixe du pubis (fenêtre osseuse) V, Vessie; v v, Verge; S S, Scrotum.

Il est facile d'écarter le péritoine et le tissu graisseux pré-vésical, et de prendre la vessie avec une pince de Museux pour l'amener à fleur des parois de la fenêtre pubienne. Mais il est préférable d'injecter, à ce moment dans

la vessie une certaine quantité de liquide qui peut varier entre 100 et 300 grammes. L'organe distendu sous les yeux de l'observateur, s'avance lentement vers la fenêtre, en repoussant en arrière le péritoine et l'anse transversale de l'intestin. La vessie une fois distendue, on dégage, avec la plus grande facilité, la paroi supérieure du tissu graisseux et du péritoine qui la recouvrent, et l'on procède à son ouverture longitudinale, transversale ou oblique, suivant les besoins. C'est, en effet, un des avantages du procédé de permettre de faire la taille vésicale dans n'importe quelle direction.

Une fois l'opération à pratiquer sur le néoplasme terminée, la suture de l'aire d'implantation, comme celle de l'incision de la taille, ne présenteront aucune difficulté. Il ne restera plus qu'à rabattre le volet ostéo-musculaire, et assurer l'occlusion définitive de la fenêtre pubienne.

(La fin au prochain numéro).

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

—

La fièvre typhoïde à Paris. — La commission sanitaire internationale. — Contagion de la phtisie, sa transmission par les cigares, par le lait et la viande des animaux tuberculeux, par les crachats de phtisiques. — Phtisie des faïenciers.

La fièvre typhoïde continue sa marche progressive avec la régularité presque mathématique qu'elle affecte, lorsqu'elle a pour résultat la contamination des eaux qui alimentent la ville. La mortalité était depuis longtemps au minimum, quand l'épidémie s'est déclarée; elle oscillait, depuis le commencement de l'année, entre 3 et 6 décès par semaine ; pendant la septième, c'est-à-dire du 4 au 10 février, elle avait été de 5 seulement, bien que la maladie existât déjà, parce que les décès n'avaient pas eu le temps de se produire ; mais, à partir de ce moment, l'accroissement a été rapide. On a enregistré 13 décès pendant la huitième semaine, 52 dans la neuvième, et 70 pendant la dixième.

C'est exactement la même marche qu'au mois d'octobre 1889. A cette époque, on s'en souvient, il se produisit une rupture dans la conduite de la Vanne et on fut obligé de faire couler de l'eau de Seine dans sa canalisation. La distribution commença le 31 octobre au soir et finit le 5 novembre. Quinze jours après, le nombre des décès par fièvre typhoïde commença à augmenter. De 10 en moyenne par semaine, il s'éleva successivement à 18, à 28, à 45 et à 63, puis, après un temps d'arrêt, il se mit à redescendre et revint à son taux normal, après avoir causé à la ville un surcroît de 1,500 cas de fièvre typhoïde et de 220 décès.

Il est à craindre que nous n'en soyons pas quittes à si bon compte cette fois-ci. Cependant, le bulletin hebdomadaire de statistique municipale signale, dans la dernière semaine dont il a fait connaître les résultats, une diminution sensible dans le nombre des entrées aux hôpitaux. Du chiffre de 290 qu'il avait atteint pendant la neuvième semaine, il est tombé à 162 dans la dixième. La journée la plus forte a été celle du 11 mars ; à partir de ce jour-là, la diminution a commencé à se produire. Du 1er février au 15 mars, il y a eu 952 cas de fièvre typhoïde déclarés par les médecins et dans ce nombre 573 sont entrés dans les hôpitaux, ce qui prouve que ce sont les classes pauvres qui sont surtout frappées.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, dans sa séance du 16 mars, s'est occupé de nouveau des causes de cette épidémie. Le docteur

Dujardin-Beaumetz a fait connaître les résultats de l'enquête à laquelle se livre la commission permanente des épidémies. Elle a recherché avant tout d'où venait la contamination des eaux potables et voici ce qu'elle a reconnu :

Des trois sources qui alimentent Paris, il en est une dont les eaux ne sont pas homogènes, celle du nord ou de la Dhuys reçoit indépendamment de l'eau de cette rivière, dont le débit ne dépasse pas 20,000 mètres cubes, un appoint qui lui est fourni par la Vanne et qu'une machine élévatoire fait monter à son niveau. Elle reçoit, en troisième lieu, l'eau du canal de St-Maur, lequel est alimenté par une source provenant du calcaire grossier. Or, ce canal est en rapport indirect, dans un point de son trajet, avec un tunnel que parcourt une dérivation de la Marne. Il est possible que l'eau très impure de cette rivière, s'infiltre à travers le calcaire dans lequel le tunnel est creusé et se mêle à celle du canal de Saint-Maur.

Lorsque l'eau de l'Avre est arrivée dans Paris, on a cessé de faire entrer celle du canal, dans la distribution de la Dhuys ; mais le 8 février, il est survenu un accident à la conduite de cette rivière et il a fallu rétablir la communication supprimée. Ce fait ne paraît pas avoir eu d'influence sur l'épidémie régnante, car les arrondissements auxquels la Dhuys se distribue, c'est-à-dire les XVIe, XVIIe, XVIIIe, XIXe et XXe sont précisément ceux qui ont le moins de cas de fièvre typhoïde. L'épidémie frappe presque exclusivement les arrondissements du centre et plus particulièrement ceux de la rive gauche qui ont un tiers de malades de plus que ceux de la rive droite, en tenant compte du chiffre de leur population. Or, ces arrondissements sont tous alimentés par l'eau de la Vanne, dont le trouble a été constaté depuis le commencement de l'épidémie.

Le service des eaux affirme qu'aucune rupture ne s'est produite dans la conduite de la Vanne et qu'il n'y a pas été introduit d'eau de rivière, il faut donc chercher plus haut l'origine de sa contamination. Une circonstance qui s'est révélée récemment peut servir à éclairer la question. La ville de Sens est la seule avec Paris qui boive de l'eau de la Vanne, elle la reçoit à l'aide d'une prise établie sur notre conduite. Depuis qu'elle est alimentée de cette façon, la fièvre typhoïde y est presque inconnue. Il s'écoule parfois plusieurs années sans que les médecins en constatent un cas. Or, du 14 au 20 février dernier, il en est survenu tout à coup une vingtaine. Il est donc vraisemblable que l'eau de la Vanne a été contaminée vers cette époque dans un point situé en amont de Sens, c'est-à-dire vers ses sources. Dans une des deux lettres communiquées mardi dernier à l'Académie, par le docteur Bucquoy, il est question d'un curage récent de pièces d'eau, qui pourrait expliquer cette souillure ; mais ce sont là de simples hypothèses et la commission permanente des épidémies s'est transportée samedi à Sens, pour y continuer son enquête, qu'elle étendra tout naturellement aux sources de la Vanne. Peut-être arrivera-t-elle à trouver la clef de l'énigme, en attendant il est prudent de continuer à faire bouillir son eau, ou à nettoyer fréquemment son filtre si on en possède un.

— La conférence sanitaire internationale s'est réunie le 12, sous la présidence de M. Barrère. La commission technique qui s'occupe de la police sanitaire de la mer Rouge, a présenté son rapport par l'organe du docteur Pagliani, premier délégué d'Italie. Toutes les propositions des délégués

français ont été adoptées sans opposition, ainsi que nous l'avions fait pressentir. La question du golfe Persique est depuis longtemps résolue. L'hygiène a donc terminé son œuvre. C'est à la diplomatie maintenant de régler les questions de voies et moyens; une commission spéciale a été nommée dans ce but; mais il est peu probable qu'elle ait terminé son travail avant Pâques.

— Malgré la variété presque infinie des sujets dont s'occupe l'hygiène, il en est qui ont le privilège de faire oublier les autres et d'absorber, pendant un temps souvent fort long, l'attention des observateurs; la contagion de la phtisie est au nombre de ces sujets de prédilection, et on ne peut pas ouvrir un journal de médecine sans y trouver quelque révélation nouvelle à cet égard. Dans le nombre, il en est qu'on ne saurait prendre au sérieux. Nous n'hésitons pas à ranger dans cette catégorie la communication insérée par M. Kerez dans le *Centrabalt für bactériologie*. Nous n'en aurions même pas parlé si la *Revue scientifique* n'avait pas paru y attacher quelque importance (1).

Il s'agit du danger que peuvent courir les fumeurs, par ce fait que beaucoup de cigarières sont phtisiques et peuvent contaminer les cigares avec leur salive, lorsqu'elles passent la langue sur la feuille de tabac qui sert d'enveloppe afin de la faire adhérer à elle-même. M. Kerez, il est vrai, a reconnu dans ses expériences, que les bacilles déposés sur les cigares meurent au bout de quelques mois, mais jusque-là ils peuvent, dit-il, infecter ceux qui les fument. Cette crainte nous paraît un peu puérile, et c'est bien assez du dégoût qu'on éprouve en pensant qu'une langue inconnue s'est promenée sur la feuille de tabac qu'on se met dans la bouche.

Je passerai sous silence les recherches qui se poursuivent tous les jours au sujet des chances d'infection que font courir le lait et la chair des animaux tuberculeux. Elles n'apprennent rien de nouveau et surtout elles ne sont pas de nature à modifier les règles que l'hygiène a posées à cet égard et qui consistent à faire bouillir, avant de le boire, le lait dont on ne connaît pas la provenance, et à rejeter de la consommation la viande des animaux manifestement tuberculeux, à moins qu'on n'ait le moyen de la faire cuire avant de la livrer au public. Nous avons décrit, dans un autre article, les appareils dont on se sert en Allemagne pour stériliser les viandes suspectes avant de les manger (2).

Par ce moyen, on peut éviter de perdre des masses considérables de viande; il est par conséquent à encourager, mais ce n'est pas par le tube digestif et à la faveur des aliments que les bacilles de Koch pénètrent d'habitude dans l'économie, c'est par les voies respiratoires et à la faveur des poussières auxquelles se mêlent les crachats desséchés des phtisiques. On ne saurait prendre trop de précautions contre ce mode d'infection. En France, on a pris quelques mesures préventives pour conjurer ce danger; mais les malades n'en continuent pas moins à cracher où bon leur semble, même dans les hôpitaux. Il n'en est pas ainsi en Allemagne et en Angleterre.

(1) *Revue scientifique* du 24 février 1891, t. I, p. 251.

(2) Cuisson des viandes suspectes à l'aide de la vapeur surchauffée, *Union médicale* du 9 février 1893, p. 197.

Dans le sanatorium de Falkenstein, chaque malade porte sur lui un flacon dont il doit se servir exclusivement. Le fait d'avoir été surpris crachant par terre suffit pour motiver votre renvoi.

Dans les hôpitaux anglais, des avis imprimés et des instructions affichées dans les salles font connaître aux malades les précautions qu'ils ont à prendre dans leur intérêt et dans celui des personnes au milieu desquelles ils vivent. On cherche surtout à éviter le dessèchement des crachats, seule forme sous laquelle ils soient dangereux. Aussi est-il strictement défendu aux malades de cracher dans leurs mouchoirs. Lorsqu'ils sortent, ils doivent emporter un petit crachoir avec eux, et s'ils se servent de leurs mouchoirs, on les fait brûler dès qu'ils sont sales.

Les crachats desséchés de tuberculeux ne sont pas les seules poussières dangereuses ; il existe, comme on le sait, toute une classe de maladies dues à cette cause, et Zenker leur a donné le nom harmonieux, mais un peu long, de *pneumonoconioses*. Le professeur Layet a adopté cette expression et dresse le tableau synoptique de toutes les professions dans lesquelles on peut respirer des poussières métalliques susceptibles de causer des accidents (1). Quelque longue que soit cette nomenclature, elle s'enrichit encore tous les jours.

C'est ainsi qu'il faut joindre aujourd'hui la *phtisie des faïenciers* à celle des *aiguiseurs*, des *tailleurs de pierres meulières*, des *potiers*, des *plâtriers*, des *ardoisiers*, etc., etc.

Cette maladie a été l'objet d'une communication de M. le docteur Hurpy, au Conseil central d'hygiène publique de la Seine-Inférieure. Il l'a étudiée à Dieppe, dans les fabriques de silice. Cette industrie consiste à broyer des galets à l'aide de meules et à les transformer en sable grossier qu'on introduit dans des fours, où il subit une pulvérisation plus complète. Il en sort à l'état de poussière farineuse qu'on enferme dans des sacs pour l'expédier aux faïenciers. Sur quarante ouvriers employés à ce travail et tous pères de famille, sept sont morts tuberculeux en trois ans, et trois sont actuellement malades.

Cette forme particulière de phtisie avait été observée à Londres, chez des ouvriers de la même profession. On était parvenu à la prévenir en ayant recours à la voie humide, en faisant porter des respirateurs aux ouvriers et en enlevant la poussière à l'aide de puissants ventilateurs. Il faudrait faire de même en France, dit M. Hurpy, mais pour pouvoir contraindre les fabricants à adopter ces mesures prophylactiques, il faudrait pour cela que l'industrie fût classée. Or, ainsi que le fait observer la *Revue d'hygiène* dans le compte rendu qu'elle donne des travaux du Conseil central de la Seine-Inférieure (2), il ne faudrait pas être très hardi pour faire rentrer les cailloux de silex dans la catégorie générale des cailloux qu'on broie à l'aide de moulins, et cette industrie est rangée dans la troisième classe (moulins à broyer le plâtre, la chaux, les cailloux et les pouzzolanes).

Rappelons dans le même groupe de maladies, le cas remarquable d'anthracose pulmonaire observé par le docteur Lancereaux, chez un

(1) A. Layet. Le milieu professionnel. *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, t. VI, p. 296.
(2) *Revue d'hygiène*, t. XV, p. 1006.

ouvrier employé à polir les cônes de charbon destinés à l'éclairage électrique, et dont il a communiqué l'observation à l'Académie de médecine le 21 novembre 1893 (1).

Jules ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars. — Présidence de M. FERRAND

Idiotie myxœdémateuse améliorée par la greffe et l'alimentation thyroïdienne

M. J. VOISIN présente à la Société une petite malade âgée de 10 ans et demi. Elle a eu six frères ou sœurs, tous bien portants. Père mort phtisique. Il n'était ni nerveux ni buveur. Rien du côté de la mère ou des autres ascendants.

A 18 mois, sans cause connue, l'enfant, jusque-là bien développée, grossit encore mais ne grandit plus. Elle ne parle plus, reste immobile.

A 6 ans, elle recommence à parler un peu et à marcher.

Quand elle entra dans le service de M. Voisin, en avril 1893, elle présentait tous les signes de l'idiotie myxœdémateuse ou pachydermique. Elle avait alors 76 centimètres de taille seulement. L'intelligence était très peu développée.

En juillet 1893, M. Voisin lui greffe sous la peau du sein un lobe de corps thyroïde de mouton (cet organe étant enlevé à l'animal au moment même de la greffe). Au bout de cinq ou six semaines, la glande thyroïde était résorbée.

Aussitôt la peau de la malade devint moins épaisse et moins rugueuse. A un moment donné, même, elle était plus mince et semblait trop grande, aux mains surtout. Les squames qui existaient aux membres disparurent. L'état mental parut s'améliorer également dans une certaine mesure.

Enfin, le 12 février dernier, M. Voisin donna à manger à cette petite fille, mélangés à de la confiture, 6 à 8 grammes de corps thyroïde de mouton chaque jour, en deux fois. Au bout de 18 jours, elle s'agita, devint grognon ; elle ne pouvait rester en place, pleurait toujours, etc. Le 21e jour le pouls était plus fréquent, la température atteignait 38° ; la peau se congestionna uniformément. On supprime le traitement, et au bout de 48 heures tout était rentré dans l'ordre. Il y a de cela 10 jours. M. Voisin se propose de reprendre demain l'ingestion de corps thyroïde et présentera l'enfant ultérieurement.

Cette observation vient à l'appui des cas analogues rapportés par M. Marie.

Contagiosité et marche cyclique de l'érysipèle de la face

M. ANTONY a observé, pendant qu'il était chargé du service des contagieux au Val-de-Grâce, 9 cas intérieurs d'érysipèle de la face. Rappelant la discussion qui eut lieu le 3 juin dernier à la Société médicale (2) sur la contagiosité de l'érysipèle, M. Antony fait remarquer que les faits qu'il rapporte viennent à l'appui de l'opinion qui admet la contagion. Ces faits lui ont permis de constater qu'il existe pour l'érysipèle, comme pour d'autres maladies infectieuses, une période d'incubation variant de 2 à 12 jours, mais atteignant le plus souvent 4 à 5 jours.

De plus, l'étude des courbes d'un certain nombre de cas simples que M. Antony a soignés, et aussi de quelques cas empruntés à divers auteurs, l'ont conduit à regarder cette maladie comme ayant une évolution cyclique bien nette, régulière, ordinairement indépendante du traitement employé. Sa courbe thermométrique se caractérise par une

(1) Voir *Union médicale* du 25 novembre, p. 715.

(2) Voir *Union médicale* du 7 juin 1893.

période d'ascension brusque, une période d'état à oscillations rémittentes et une défervescence rapide ou critique au 6e ou au 8e jour.

L'érysipèle de la face peut se présenter sous diverses formes que l'on peut ramener à trois :

1° Erysipèle abortif ou atténué ;

2° Erysipèle franc ;

3° Erysipèle à rechutes ou à poussées successives.

C'est dans l'érysipèle franc, qu'on peut voir nettement la marche cyclique, l'évolution régulière dont parle M. Antony. La durée totale de la maladie est alors de 12 à 15 jours, car après la chute de la température, il persiste des lésions locales qui indiquent que l'affection n'est pas encore complètement terminée.

M. Antony conclut de son travail : 1° Que la contagion de l'érysipèle, si faible qu'elle soit, est toujours à redouter, et qu'on doit isoler les malades.

2° Que l'érysipèle est précédé par une période d'incubation variant de 2 à 12 jours, mais ayant une durée moyenne de 4 à 8 jours.

3° Que l'érysipèle franc a une évolution nettement cyclique.

4° Que sa durée totale est de 12 à 15 jours.

Utilité des enveloppements humides permanents du thorax contre l'élément fluxionnaire dans les maladies des voies respiratoires

M. Le Gendre. — Au cours de toutes les maladies aiguës des voies respiratoires et dans certains épisodes aigus des maladies chroniques de celles-ci, l'hypérémie active, la fluxion sanguine, intense et brusque est un facteur important d'aggravation de l'état local et de l'état général. Dans les bronchites aiguës, les broncho-pneumonies, quelle qu'en soit la cause, banale ou spécifique (grippe, coqueluche, rougeole, etc.), dans l'asthme et l'emphysème, la congestion pulmonaire concomitante est généralement combattue par des procédés de révulsion comme la sinapisation, les ventouses, les vésicatoires. A ces moyens je trouve préférable l'enveloppement permanent du thorax dans des compresses imbibées d'eau froide, exprimées de manière à être seulement humides, puis recouvertes de taffetas gommé, enveloppement qu'on renouvelle d'abord tous les quarts d'heure, puis toutes les demi-heures et toutes les heures suivant l'effet obtenu. C'est l'enveloppement hydropathique des auteurs allemands.

Ce procédé hydrothérapique, toujours facile à mettre en pratique, parfaitement toléré par les malades, rend surtout de grands services dans la thérapeutique infantile ; il peut être employé chez les enfants les plus jeunes, continué aussi longtemps et repris aussi souvent qu'il est nécessaire à chaque retour offensif de congestion pulmonaire. Il a pour effet certain de faire diminuer la dyspnée plus rapidement que tout autre moyen, en ralentissant les mouvements respiratoires et en les rendant plus amples, de combattre l'hyperthermie et les troubles nerveux qui l'accompagnent, agitation, insomnie, refus d'aliments. Très usité à l'étranger, il mériterait d'être vulgarisé dans la pratique française ; l'ayant employé dans une centaine de cas de maladies aiguës des voies respiratoires (laryngites, bronchites avec congestion, broncho-pneumonies à foyers successifs, grippales, coqueluchiales, rubéoliques, diphtériques), dans des maladies chroniques (asthme, emphysème, tuberculose pulmonaire) au moment où elles se compliquaient de poussées hypérémiques actives, je l'ai trouvé toujours inoffensif et presque toujours, je dirai même toujours efficace, au point de vue de l'indication unique, mais si importante que j'ai précisée, l'hypérémie active à invasion brusque.

M. Rendu pratique depuis 1884 l'enveloppement dans le drap mouillé et en a obtenu dans tous les cas d'excellents résultats. M. Rendu enveloppe complètement ses malades

dans les draps mouillés et les y laisse deux ou trois heures ; une couverture entoure de plus ces malades.

Dans la première demi-heure, il se produit une élévation de la température périphérique ; puis survient une phase de réaction marquée par une diaphorèse et une diurèse abondante ; la température s'abaisse alors de 1° à un et demi et le malade éprouve un grand soulagement. M. Rendu n'emploie le drap mouillé qu'une fois par jour. Dans les cas graves il a recours aux bains froids.

M. Richardière avait été frappé, en 1884, alors qu'il était l'interne de M. Rendu, des services que rendait l'emploi du drap mouillé. Aux mois d'août et septembre derniers, à l'hôpital Trousseau, il a traité de cette façon 60 cas de broncho-pneumonies survenues au cours de la rougeole. La mortalité n'a été que de 30 pour 100, ce qui est peu étant donnée l'extrême gravité des complications broncho-pulmonaires dans la rougeole des enfants.

M. Richardière a noté lui aussi que l'abaissement de la température n'est pas immédiat; la température ne s'abaisse qu'au moment où la sudation s'établit.

Sédation, révulsion, diaphorèse et diurèse, tels sont les excellents effets de cette médication par les draps mouillés.

M. Le Gendre insiste sur la *continuité* du moyen thérapeutique. Il a laissé des enfants pendant huit jours le thorax enveloppé dans des compresses que l'on renouvellait de temps en temps. Et cela ne l'empêchait pas dans les cas graves d'avoir recours simultanément aux bains froids.

M. Le Gendre fait aussi remarquer que l'enveloppement du thorax diffère un peu de l'enveloppement complet dans le drap mouillé, dont parle M. Rendu. L'enveloppement du thorax est très facile à faire et est volontiers accepté par les familles.

COURRIER

Élection d'un professeur. — Le Conseil de Faculté s'est réuni pour arrêter la liste des présentations à la chaire de M. Charcot. Elle a proposé en 1re ligne : M. le docteur Raymond ; en 2e ligne : M. le docteur Déjerine ; en 3e ligne : M. le docteur Brissaud. M. le docteur Raymond a obtenu 30 voix sur 32 votants.

Banquet annuel de l'internat en médecine. — Le banquet annuel des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 31 mars, à 7 h. 1/2, au restaurant Marguery (boulevard Bonne-Nouvelle, près du théâtre du Gymnase), sous la présidence de M. le professeur Spillmann (de Nancy).

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 16 francs pour les internes en exercice.

On est prié de faire parvenir son adhésion à l'un des commissaires du banquet avant le mardi 27 mars.

Ces commissaires sont : MM. Feulard, 20, rue Saint-Georges ; Hallé, 11 bis, rue de la Planche ; Pauchet, interne en exercice.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain

—

Le diagnostic de la fièvre typhoïde

Le diagnostic de la fièvre typhoïde pent être rendu difficile par l'atténuation ou, au contraire, l'exagération de certains symptômes, ou encore par le développement de complications.

La durée de la dothiénenthérie est parfois très réduite. Cela intéresse le diagnostic rétrospectif et on peut dire que, en général, une maladie dont la durée n'a pas dépassé une dizaine de jours n'est pas une fièvre typhoïde. Dans l'immense majorité des cas, 21 jours sont la durée normale. Cependant, vous savez que la fièvre typhoïde peut revêtir, quelquefois, l'aspect d'un synoque et évoluer aussi rapidement.

L'intensité de la maladie peut être très diminuée. Il en est ainsi dans le typhus ambulatorius, souvent grave en ce qu'il aboutit à une perforation intestinale.

La fièvre est parfois le seul symptôme atténué et la température peut même ne pas s'élever, rester normale. Dans des cas très rares, elle s'abaisse. C'est ainsi que dans cet hôpital, en 1891, j'ai observé un cas de fièvre typhoïde à évolution régulière, sauf que la température s'est abaissée dès la première période, qu'elle est restée aux environs de 36° au moment de la période d'état, et qu'elle est simplement remontée à la normale au moment de la guérison. Il est vrai que ce fait est unique dans la science. On a admis pour expliquer l'absence d'élévation de la température, que le bacille typhique fabriquait, dans ce cas, des substances hypothermisantes en quantités exagérées. Les dothiénenthéries apyrétiques peuvent parfaitement s'accompagner de symptômes graves, d'accidents cérébraux intenses, par exemple, et elles ont alors simulé la méningite, ont été suivies de mort.

Les phénomènes abdominaux sont, dans la fièvre typhoïde, considérés comme primordiaux. La maladie peut cependant évoluer presque toute entière avant qu'il se produise de diarrhée. Du reste, la constipation est fréquente dans la première semaine, mais même si elle persiste plus tard, on voit se produire de temps à autre une selle diarrhéique.

Le gargouillement dans la fosse iliaque droite, la douleur provoquée par la palpation au même niveau sont des signes de grande valeur et, en dehors de la fièvre typhoïde, on ne les rencontre guère que dans la typhlite ; mais alors, dans la grande majorité des cas, ce sont les signes locaux qui dominent la scène morbide, et les autres manifestations manquent ou sont très atténuées.

Les taches rosées se montrent, presque toujours, dans le deuxième septennaire. Elles sont un peu saillantes, disparaissent sous la pression du doigt et sont caractéristiques, car les autres affections qui leur ressemblent, l'acné commençante, par exemple, sont rares sur le ventre et ont leur maximum sur le dos. Cependant les taches peuvent manquer dans

les formes courtes, mais il est très rare qu'elles soient absentes pendant toute la durée des formes régulières.

Dans certaines épidémies, l'éruption érythémateuse est très marquée et peut revêtir l'aspect d'un érythème papuleux ; dans d'autres elle est rare, et dans une des statistiques publiées par le *London's hospital fever*, elle faisait défaut dans un quart des cas.

La recherche du bacille spécifique peut-elle être utile ? Théoriquement, oui, car le bacille existe dans les fèces, l'urine, le sang de la rate. Dans la première période, au moment où sa constatation serait le plus utile, il manque souvent dans les gardes-robes, son absence ne prouve donc rien à ce moment. Dans les urines il se montre peut-être un peu plus tôt que dans les fèces, et plus tôt encore dans le sang de la rate, aussi a-t-on conseillé de faire une petite piqûre dans l'organe avec une seringue de Pravaz stérilisée, et d'examiner la goutte de sang retirée. Mais l'isolement et la reconnaissance du bacille d'Eberth ne sont pas chose facile, il faut faire des cultures sur gélatine, sur pomme de terre, des inoculations aux animaux, tout cela demandera au moins quatre jours et il s'en suivra que, dans la plupart des cas, l'évolution de la maladie aura permis de faire le diagnostic, au moment où les résultats de l'examen bactériologique seront utilisables. Dans certaines recherches de pathologie, ce mode de diagnostic (11 constatations positives sur 14 cas) peut être utile, mais il est impossible de le considérer comme pratique, d'autant plus qu'il nécessite une petite opération qu'une faute minime de technique peut ne pas rendre inoffensive. Si le traitement de la fièvre typhoïde était basé sur l'emploi d'un spécifique, on devrait tout faire pour arriver à un diagnostic précoce, mais comme il n'en est rien, il n'es pas permis de recourir à des procédés pouvant être dangereux pour y parvenir un peu plus tôt.

Lorsque l'ataxie, l'adynamie dominent la scène morbide, on peut croire avoir affaire à une méningite et, du reste, il y a des cas où une véritable méningite se produit pendant le cours de la fièvre typhoïde ; l'ataxie s'accompagne parfois de convulsions, de trismus, de raideur de la nuque, mais ce sont là des phénomènes rares et généralement le diagnostic demeure possible. Il peut, au contraire, devenir très difficile, quand le délire typhique revêt la forme vésanique, celle de manie aiguë, de mélancolie avec stupeur, et bien des fois on a envoyé dans des asiles d'aliénés des malades qui n'étaient que des typhiques.

Il y a cependant deux symptômes permettant, dans la plupart des cas, le diagnostic de la dothiénenthérie, je veux parler de la stupeur et de la tuméfaction de la rate.

La stupeur, le changement d'humeur marqué sont très importants à constater. Ils peuvent permettre de faire un diagnostic dans des cas douteux. J'ai eu, il y a quelques années, à examiner un collégien qui avait été pris d'accidents mal caractérisés, mais assez intenses pour faire porter le diagnostic de fièvre typhoïde ; or, lorsque je vis le malade, je l'entendis donner d'une voix ferme, l'ordre à un domestique de rapporter une casquette qu'il avait laissée au collège. Ce n'était pas là l'allure de la parole d'un typhique, et j'émis l'idée qu'il s'agissait d'une tuberculose aiguë ; l'évènement vint malheureusement me donner raison.

La tuméfaction de la rate doit toujours être recherchée avec soin et beau-

coup pensent que la palpation suffit pour se rendre compte des dimensions du viscère.

C'est là une erreur profonde et, personnellement, je n'ai jamais pu arriver par ce procédé, à délimiter la rate dans la fièvre typhoïde. Du reste, les résultats obtenus par les auteurs sont très variables et vous pouvez lire dans des observations que les dimensions de la rate hypertrophiée atteignaient 6 cent.; tandis que, dans nos salles, nous constatons fréquemment, chez des gens dont la rate est normale, 11 à 12 cent. En réalité, chez les dothiénenthériques, la palpation est le plus souvent impossible parce qu'ils ont le ventre tendu et ballonné ; d'autre part, sauf quand elle est fixée par des adhérences, la rate est un organe flottant qui fuit sous la main, et l'estomac, plus ou moins distendu, l'élève ou l'abaisse. Ceux qui conseillent la percussion de la rate ont souvent dit qu'il ne fallait l'explorer qu'à sa partie inférieure, celle qui est accessible à travers les parois abdominales ; c'est le contraire qui est vrai et il faut la percuter avec le plus grand soin à travers le poumon ; on arrive à des résultats aussi exacts que dans la percussion du cœur. Au contraire, inférieurement, la rate est recouverte par le grand cul de sac de l'estomac, par le colon, et la présence, dans ces réservoirs de gaz, de liquides, de matières solides peut donner lieu à des résultats erronés. Pour pratiquer la percussion de la rate, on ne doit pas aller de la périphérie au centre, c'est-à-dire de la partie mate à la partie sonore mais procéder en sens inverse ; il est en effet facile de s'apercevoir du moment où la percussion jusque là parfaitement sonore devient moins éclatante, c'est là que l'on doit placer le bord de l'organe. Naturellement au niveau du poumon on percutera profondément, tandis que la percussion sera superficielle inférieurement.

Malheureusement il est impossible de vérifier sur le cadavre les résultats donnés pendant la vie par la percussion de la rate, car cet organe change très rapidement de volume. C'est ainsi qu'il est facile, par exemple, de voir les dimensions du viscère diminuer lorsque l'on dirige le jet d'une douche froide à son niveau.

D'autre part, il faudra se rappeler lorsque l'on utilisera la percussion de la rate pour arriver à un diagnostic, qu'elle peut rester volumineuse à la suite de fièvres intermittentes ou même d'un simple séjour prolongé dans un pays à malaria. Je vous rappelle que le grand diamètre de la rate est long d'à peu près 12 cent. et est dirigé obliquement de bout en bas et d'arrière en avant.

Dans un grand nombre de cas, le diagnostic de la fièvre typhoïde est rendu difficile par des complications. Des érythèmes scarlatiniformes, ou rubéoliformes, l'érythème noueux, l'érythème polymorphe peuvent se développer chez un typhique et, d'autre part, les deux dernières de ces affections s'accompagnent souvent de phénomènes généraux assez marqués.

Lorsqu'une hémorrhagie intestinale vient de se produire et qu'elle est encore interne, la température s'abaisse beaucoup sans que l'on puisse constater de sang dans les garde-robes. Si on voit alors le malade pour la première fois, le diagnostic peut rester en suspens.

La perforation intestinale peut être la révélation d'un typhus resté inconnu et il est, naturellement, presque impossible d'arriver à reconnaître

sûrement la dothiénenthérie si le malade n'accuse pas de maladie avant l'accident.

La péritonite peut aussi se produire dans le cours d'une fièvre typhoïde consécutivement à la perforation de la vésicule biliaire surtout quand cette dernière renfermait antérieurement des calculs. Enfin on peut avoir affaire à une péritonite par propagation et si cette péritonite siège dans la région péricæcale, le diagnostic avec la typhlite peut être délicat.

Parfois la fièvre typhoïde est suivie d'une entérite chronique dont l'apparition peut faire croire à une réitération; mais dans cette dernière, la température remonte beaucoup, les phénomènes de la dothiénenthérie évoluant de nouveau, etc. Vous vous rappellerez que le pronostic est très différent dans les deux cas, car l'entérite est une complication grave, et la réitération guérit presque toujours. L'accumulation de matières fécales avec la fièvre qu'elle détermine, peut aussi faire croire à une réitération; un simple purgatif fera disparaître les accidents.

Les accidents de l'anémie cérébrale compliquent parfois la convalescence de la fièvre typhoïde et peuvent faire penser à une méningite; mais il n'y a pas de fièvre, le pouls est très faible, le malade est d'une pâleur extrême.

L'otite moyenne s'accompagne souvent de phénomènes généraux graves et comme le malade, surtout s'il s'agit d'un enfant, n'accuse alors qu'un mal de tête non localisé, le diagnostic peut devenir difficile.

Je ne ferai que mentionner les complications pulmonaires qui ne troublent généralement pas le diagnostic. Cependant si la maladie commence par une pneumonie, réalisant le type que les Allemands appellent la pneumo-typhoïde, il faudra attentivement examiner le malade, étudier l'état de la rate avec soin, pour ne pas passer à côté de la dothiénenthérie dont l'évolution des accidents viendra toujours, du reste, démontrer l'existence.

Enfin le développement d'arthrites purulentes précoces vers le dixième jour, comme dans un cas de Robin, pourrait obscurcir beaucoup le diagnostic.

Une remarque en terminant :

On a dit souvent que les typhiques se tuberculisaient facilement lorsqu'ils restaient un certain temps dans les salles d'hôpital. Il n'en est rien et lorsqu'on avait examiné avec soin à leur entrée les malades devenus ultérieurement phtisiques, on avait toujours pu constater l'existence des signes de tuberculose; la fièvre typhoïde ne fait que donner un coup de fouet à une maladie préexistante.

TRAVAUX ORIGINAUX

Procédé de taille pubio-hypogastrique (1)

Par le Dr Clado

Travail du laboratoire de M. le professeur Verneuil.

(*Suite et fin.*)

B. *Suture de la fenêtre pubio-hypogastrique.* — Pour assurer le parfait affrontement des parties, réaliser un bon drainage, et éviter toute mé-

(1) Voir *Union médicale* du 20 mars 1894.

prise dans le passage des fils de suture, il est nécessaire de procéder méthodiquement :

a. On perfore le rectangle osseux temporairement réséqué au niveau de ses quatre angles, en dirigeant le perforateur obliquement en arrière et en dehors, de façon que l'orifice extérieur s'ouvre sur la face antérieure de l'os, et l'autre sur le tranchant de la section verticale, au voisinage de son bord postérieur. Quatre perforations analogues seront pratiquées sur la partie non mobilisée du pubis à des niveaux tels qu'en rabattant le volet ostéo-musculaire, chacune d'elles corresponde à l'une des précédentes, et lui soit parfaitement symétrique, par rapport à la surface verticale de section qui les sépare. Elles seront donc, inversement aux premières, dirigées de dehors en dedans ; un orifice sur la face antérieure du pubis, l'autre sur le plan de section. On comprend l'avantage de cette obliquité des perforations, qui permet aux fils, tout en maintenant solidement le fragment en place, de ne pas apparaître sur la face postérieure de l'os. Grâce à cette disposition, les fils fussent-ils infectés, il n'y aurait pas de suppuration du côté de la cavité pelvienne. Une particularité intéressante à noter : pour pratiquer les orifices, il n'est pas indispensable de se servir du perforateur. Une forte aiguille traverse la symphyse avec autant de facilité que s'il s'agissait d'un cartilage costal.

Un fil d'argent est passé dans chacun des deux orifices inférieurs, c'est-à-dire placés, sur l'os fixe, au niveau des angles que forme la section transversale avec les deux sections verticales ; les orifices supérieurs, au niveau de chacune des épines, reçoivent des fils de grosse soie. Je me sers de fil d'argent pour les premiers, afin d'assurer l'immobilité du fragment remis en place, malgré la traction des muscles droits qui tendra à le faire remonter.

Ainsi, les fils d'attente sont passés dans les perforations non du fragment mobile, mais de l'os fixe.

b. Le volet ostéo-musculaire est rabattu, et, aussitôt, on passe, de haut en bas, une série de fils de suture en gros catgut, ou bien en soie, de chaque côté des incisions musculaires comprenant la masse charnue du muscle et sa gaine aponévrotique. Toutes les extrémités de fil, placées d'un même côté de chaque incision, sont saisies dans une pince. Ainsi, quatre pinces suffisent à maintenir les fils dans leur position relative, sans toutefois empêcher le relèvement du volet, pour la facilité des manœuvres ultérieures.

c. Un drain d'une certaine longueur est placé transversalement derrière le pubis ; ses deux bouts viennent sortir respectivement par l'extrémité inférieure de chacune des incisions musculaires, à la hauteur du bord supérieur du pubis. On fait alors passer les fils portés par le fragment fixe à travers les orifices correspondants du fragment mobile, et cela très facilement, grâce au relâchement des fils des sections musculaires qui permettent de manier le fragment à volonté.

Le volet est complètement remis en place ; il ne reste plus qu'à l'assujettir définitivement en nouant les fils.

d. On tord d'abord les fils d'argent, et on les martelle sur la face antérieure de l'os ; on noue ensuite les fils de grosse soie des sutures supérieures du fragment osseux, et, en dernier lieu, les fils des deux sections musculaires.

Je résume la succession des opérations : perforer obliquement le fragment mobile aux quatre angles et percer des trous correspondants sur l'os fixe ; passer dans ces derniers des fils d'argent pour les deux inférieurs, de

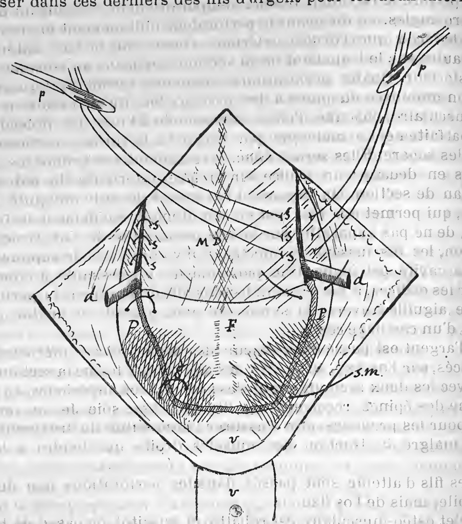


Fig. 3. — M D, Muscles droits; F; Fragment réséqué mis en place; P P, Pubis; *s m*, Suture métallique; *p p*, Pince réunissant les chefs de fils de chaque côté; *d d*, Drain; *v v*, Verge.

soie pour ceux du haut ; rabattre le volet et passer une série de fils de soie le long des sections musculaires, pinçant ensemble tous les brins d'un même côté de chacune d'elles ; passer un drain transversal derrière le pubis ; serrer enfin toutes les sutures, en commençant par les fils d'argent. La parfaite fermeture de la région pelvienne se trouve ainsi réalisée.

Grâce à la conservation du tissu fibreux pré-pubien, il est facile d'y faire passer, de chaque côté de la section osseuse, trois ou quatre fils de soie ou de gros catgut qui contribueront à maintenir en place la symphyse, pendant la consolidation osseuse. Par-dessus toutes ces parties, on suture, sur la ligne médiane et au-dessous, le tissu cellulaire sous-cutané, devenant en bas une véritable couche fibreuse, et enfin la peau. Il est bon de faire passer les fils profondément, de manière à comprendre dans l'anse les parties sous-jacentes, et prévenir ainsi toute formation de clapiers. Avant de procéder à la suture finale de la peau, on pratique dans celle-ci, vis-à-vis des bouts de drain, et un peu au-dessous, deux orifices pour leur passage. L'opération est terminée.

La suture cutanée, comme la future cicatrice, aura une forme en ⊥, les deux bouts de drain apparaissant au-dessus des extrémités de la branche horizontale.

On pourrait craindre que, dans le procédé que je viens de décrire, le décollement de la face antérieure de la vessie d'avec la symphyse pubienne ne crée, à un moment donné, des conditions favorables à la stagnation des liquides. Si toutes les précautions antiseptiques ont été minutieusement prises, il est certain que ce décollement serait sans danger. Cependant, pour plus de sûreté, on peut très bien placer un ou deux points de suture au catgut, qui traversent la face antérieure de la vessie sans pénétrer dans sa cavité, et viennent la fixer à la face postérieure du pubis, ou même à la ligne d'insertion des muscles droits. Cette suture, d'une extrême facilité, sera placée avant la fermeture du volet. Pour multiplier les précautions, on peut encore drainer en bas, à l'angle de la section osseuse, en y pratiquant, avant la suture, deux ouvertures symétriques que traversera un même drain. En faisant ressortir les extrémités par l'incision cutanée transversale, on évitera l'emploi des contre-ouvertures.

On ne négligera pas, au moment voulu, de suturer aussi, de chaque côté, les insertions partiellement sectionnées des adducteurs et du droit interne.

Opération chez la femme. — Je n'ai rien à ajouter au sujet du manuel opératoire de mon procédé appliqué chez la femme. L'opération, en tous points semblable, est même d'une exécution plus facile que pour l'homme, chez lequel les rapports anatomiques des organes génitaux externes entraînent un surcroît de précautions (cordons à ménager, verge à récliner, etc.)

III

L'opération est aisée ; elle est, comme on a pu le voir, bien réglée et guidée sur des points de repère faciles à déterminer. Elle peut s'effectuer sans perte de sang importante.

La reconstitution de la région pubio-hypogastrique, méthodiquement pratiquée, est également d'une grande simplicité. La soudure osseuse est certaine, étant donné le volume considérable du fragment et la conservation des parties molles qui le recouvrent et s'attachent sur lui. La solidité doit être absolue après la cicatrisation osseuse. Mais en supposant même que celle-ci ne s'opère pas, que le volet osseux demeure seulement fixé par des parties fibreuses, ce dernier offrirait certainement encore des conditions suffisantes de solidité.

La section des muscles est insignifiante, et la suture consécutive, déjà solide par elle-même, est renforcée par la couche sous-cutanée qui a été conservée. De plus, l'incision musculaire ne correspondant pas à la section cutanée, il en résulte que la cicatrice musculaire est recouverte par une peau saine, sur laquelle, au cas, improbable d'ailleurs, de hernie, on pourrait appliquer un bandage sans qu'il résultât aucune gêne pour la cicatrice. Voilà pour l'opération.

En ce qui concerne la vessie, nous voyons qu'elle peut être abordée, dans ce procédé, avec beaucoup plus de facilité que dans aucun autre. Le ballon de Petersen et la distension préalable de la vessie sont *absolument* inutiles. Je dirai même que leur emploi serait plutôt nuisible, et risquerait de faire

blesser la vessie. On sera, au contraire, certain, en opérant comme je l'ai indiqué, de ne jamais léser le péritoine ni la vessie. Celle-ci, à l'état de vacuité, reste en effet cachée sur la ligne médiane, par la moitié inférieure de la symphyse, bien éloignée des points latéraux où portera la section osseuse.

Sur 40 opérations sur le cadavre, je n'ai jamais blessé ni la vessie ni le péritoine. Bien plus, j'ai fait des échappées volontaires avec le ciseau, sur la ligne médiane, là où se trouvait certainement la vessie, sans arriver à la toucher, même avec un enfoncement d'un centimètre.

IV

Indications de la fenêtre pubio-hypogastrique

Je considérerai successivement : 1° la résection totale, ou extirpation de la vessie; 2° la résection partielle et complète, ce terme *complète* signifiant que la résection comprend toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

1° *Résection totale.* — Pour extirper le réservoir urinaire dans sa totalité, il importe avant tout qu'on voie la totalité de l'organe. Il faut pouvoir suivre *de visu* le travail des instruments ou des doigts, le décollement de la verge, sa séparation des organes voisins, et ne pas risquer, en opérant à l'aveugle, de léser le péritoine ou les uretères.

Seuls deux procédés, la *symphyséotomie* et *la fenêtre pubio-hypogastrique*, peuvent rivaliser comme opérations préliminaires à la résection. Tous deux se proposent d'attaquer la vessie d'abord par sa face antérieure, et offrent ce caractère d'ouvrir une large voie jusqu'à l'organe. Tous deux permettent de le découvrir totalement, de voir aussi bien ses faces latérales et son sommet que sa face antérieure. Aucun autre procédé ne leur est comparable pour la facilité des manœuvres qu'exige l'extirpation de la base et du col. Dans l'un comme dans l'autre, la brèche peut-être *rendue* assez large pour qu'on y introduise plusieurs doigts ou la main toute entière. Bref, ce sont les seuls procédés qui permettent d'opérer véritablement à ciel ouvert, sous le contrôle de la vue.

Etablir un parallèle complet pour décider auquel des deux doit revenir la préférence, m'entraînerait hors du cadre de cet article. Je ferai simplement remarquer que tous les avantages de la symphyséotomie se retrouvent dans mon procédé, et même plus accusés. En effet, la brèche osseuse mesure transversalement 5 centimètres chez l'homme, et 5 à 6 cent. 1/2 chez la femme; verticalement, la face antérieure de la vessie est découverte dans sa presque totalité. La brèche établie, on peut en réclinant la vessie, découvrir ses ligaments antérieurs, indemnes de toute lésion opératoire. Si besoin est, on peut encore découvrir l'urèthre, une fois ces ligaments sectionnés. Est-il besoin d'ajouter que le plexus vénérien de Santorini, le ligament de Carcassone et la portion membraneuse de l'urèthre restent, dans l'exécution de mon procédé, à l'abri de toute lésion? Bref, le pont osseux à peine élevé d'un travers de doigt, que je laisse subsister au niveau de la symphyse, ne gêne nullement pour extirper *toute la face antérieure* à partir de la prostate. Du côté de l'abdomen, grâce à l'incision bi-latérale, on découvre aisément et sans tractions, le sommet de la vessie. On a encore la facilité de pouvoir prolonger cette incision sans risquer de toucher au péritoine, ce qui permet avec 4 centimètres de section muscu-

laire, de démasquer à la fois toute la face vésicale antérieure et les faces latérales. Ai-je besoin de démontrer que la possibilité d'éviter le cul-de sac péritonéal est au moins aussi grande que dans la symphyséotomie ? Dans mon procédé, en effet, on refoule d'abord ce qu'on voit, pour sectionner ensuite ce qu'on veut. Quant aux ligaments antérieurs de la vessie, lorsque leur sectionnement n'est pas jugé nécessaire, on est sûr au moins ici de les garder absolument intacte. De même, le décollement des faces latérales de la vessie, parfaitement possible quand on désire aborder la vessie par l'une ou l'autre de ces faces, n'est jamais, comme dans la symphyséotomie, la conséquence presque obligée du procédé. Je rappelle que dans l'opération de la fenêtre pubio-hypogastrique, le rectum reste vierge de tout ballon de Petersen, et que l'une des conditions de succès est l'évacuation préalable de la vessie. Donc économie de manœuvres et de temps.

On pourrait croire qu'une brèche hypogastrique de 8 centimètre de haut, sur 5 ou 6 de large, laisserait à tout moment l'intestin envahir le champ opératoire. Il n'en est rien. Grâce à la position de Trundelenbourg les viscères abdominaux tendent à fuir vers le thorax. Je m'en suis assuré sur le cadavre, en ballonnant l'intestin à l'aide d'un soufflet; jamais il ne m'a gêné pour opérer sur la vessie. On se demandera encore si l'énorme résection temporairement pratiquée sur le pubis ne compromet pas la solidité du bassin, d'abord pendant la convalescence, et même après dans le cas où le fragment réappliqué ne contracterait pas des attaches solides avec l'arcade pubienne. Mieux que des considérations statiques, l'expérience m'a démontré la résistance considérable de la portion de pubis laissée en place. J'ai pu précipiter sur les genoux et sur les ischions, d'une hauteur de 1 mètre, des cadavres ainsi réséqués, sans réussir à fracturer l'ogive pubienne. Le périoste, le ligament sous pubien, les parties fibreuses respectées en bas, contribuent à la consolider. D'ailleurs, en y regardant de près, on voit que c'est uniquement sur la ligne médiane que le pubis offre, après résection, une hauteur moindre d'un travers de doigt; sur les côtés, cette hauteur s'accroît rapidement, en raison de la disposition anatomique des parties.

J'ai encore demandé à l'expérimentation, à défaut d'observations cliniques, quelques renseignements sur les vérités opératoires de mon procédé. Je l'ai pratiqué point par point sur des chiens, et très facilement, ces animaux ayant un pubis très haut. Après réapplication et suture du fragment, la réunion a parfaitement réussi (3 expériences). C'est là un argument en faveur de ma résection, mais non décisif, l'expérience clinique devant seule prononcer définitivement. Mais admettons même que la réunion du fragment ne se fasse pas, qu'en peut-il résulter ? Des jetées osseuses du côté du pubis, des productions fibreuses denses dans les intervalles, peut-être un séquestre qu'on sera obligé d'extraire ultérieurement, mais en définitive, une occlusion suffisante de la brèche, sur laquelle on posera, au besoin, un bandage consentif. Cette perspective, hypothétique d'ailleurs, ne saurait à mes yeux arrêter la main du chirurgien désireux de pratiquer une large ou totale résection de la vessie pour une affection mortelle.

2° *Résection partielle et complète.* C'est surtout à l'occasion de la résection partielle qu'il est permis, dans certains cas, de recourir à des opérations

préliminaires peu étendues. Je fais allusion à la taille sus-pubienne longitudinale et à la taille transversale. Pour déterminer les cas où elles sont applicables, il suffit de supposer la vessie partagée en deux segments par une plaie qui, rasant le bord supérieur de la symphyse, vient aboutir derrière le trigone vésical. Le segment postérieur comprend la face postérieure, la plus grande partie des faces latérales et le dôme de la vessie. Le segment antérieur est formé de la partie rétro-pubienne de la face antérieure, le col, le trigone, le bas-fond et une petite partie des faces latérales. Le segment postérieur pourra être réséqué, en tous ses points, et assez facilement, à travers les deux tailles en question. Même lorsque la tumeur est assez profondément située, et confine au bas fond, il est possible, en attirant la vessie en haut, de pratiquer une résection complète. Sauf pour les néoplasmes siégeant profondément en arrière ou sur les parois latérales, la taille longitudinale, plus bénigne, devra être préférée à la taille transversale.

Quant aux tumeurs qui siègent sur le segment antérieur (face antérieure, col et base de la vessie), elles doivent, à mon avis, être attaquées par la fenêtre pubio-hypogastrique ou par la symphyséotomie. Seuls ces deux procédés permettent : de découvrir largement la face antérieure et de se rendre compte exactement des limites inférieures du néoplasme; de dégager le col et son pourtour, et d'y pratiquer une résection aussi complète que les lésions recommandent; enfin et surtout de procéder commodément à l'inspection et à l'extirpation de toute la base de la vessie et par conséquent, celles de la région urétérale. J'ajoute que la suture consécutive, ou tout au moins le rapprochement des bords de solution de continuité pratiquée dans ces régions, ne sauraient être obtenus qu'à travers ces deux larges voies. Au strict point de vue de la possibilité de réséquer le segment antérieur, les deux procédés se valent, à peu de chose près. Des raisons que je ne puis développer ici me font préférer la fenêtre pubio-hypogastrique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. VERNEUIL s'élève contre cette assertion de M. Dujardin-Beaumetz qui lui attribue cette opinion de considérer comme une contre-indication aux opérations chirurgicales toute affection biliaire. M. Verneuil se défend d'une pareille exagération, il a dit seulement que le pronostic des interventions était considérablement aggravé lorsqu'il y avait des lésions biliaires.

L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris

M. DUJARDIN-BEAUMETZ expose avec beaucoup de clarté, et l'Académie l'écoute attentivement, la marche et l'origine de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Paris. Sa thèse est basée sur les renseignements statistiques qui lui ont été fournis par la préfecture de police et aussi sur les indications des ingénieurs de la Ville.

Paris, au point de vue de la distribution des eaux potables, est divisé en trois zones. L'une, qui comprend les 17e, 18e, 19e et 20e arrondissements, est desservie par les eaux de la Dhuys ; cependant celle-ci prend quelque peu d'eau à la Marne par le drain de Saint-Maur et la Vanne aussi vient parfois secourir la Dhuys. Le second réseau com-

prend le 16ᵉ arrondissement et une partie du 8ᵉ, il est alimenté par les eaux de l'Avre. Tous les autres arrondissements sont fournis par les eaux de la Vanne.

Or, si on établit la situation par arrondissements des cas de fièvre typhoïde qui ont été déclarés, on constate que l'épidémie a été très faible dans les territoires alimentés par les eaux de la Dhuys et de l'Avre et, qu'au contraire, le nombre des cas a été très grand dans le territoire de la Vanne.

La morbidité, quoique faible, constatée dans les quartiers excentriques alimentés d'eau de la Dhuys et de l'Avre, peut encore s'expliquer par ce fait que ces quartiers sont habités par des ouvriers qui viennent dans le centre de Paris et peuvent boire de l'eau de la Vanne. Ce sont donc les eaux de la Vanne qui seules doivent être incriminées.

Il est en outre intéressant de remarquer qu'une épidémie de fièvre typhoïde a éclaté à Sens en même temps qu'à Paris; or, Sens puise son eau potable aux sources de la Vanne.

M. Dujardin-Beaumetz constate que la mortalité a été assez faible, puisqu'on n'a constaté que 15 pour 100 de décès.

M. Bucquoy lit un télégramme d'un médecin des environs de Sens qui dit avoir observé une épidémie de fièvre typhoïde dans un village situé sur les bords d'une des sources de la Vanne.

M. Vallin expose les renseignements que lui a fournis la statistique de l'état sanitaire des troupes à Paris. Il constate que le début de l'épidémie de fièvre typhoïde a été brusque; que cette épidémie a été limitée à Paris et n'a pas été observée en dehors des murs de Paris, bien que l'état de certaines casernes *extra-muros* soit dans de moins bonnes conditions que celles de Paris; enfin que les casernes alimentées par l'eau de la Vanne ont seules présenté des cas de fièvre typhoïde, alors que celles qui reçoivent leur eau de la Dhuys, de l'Avre, et même de la Seine n'ont enregistré aucun cas. Il semble donc bien établi que c'est dans les eaux de la Vanne qu'il faut rechercher les causes de l'épidémie.

Aujourd'hui, l'épidémie est en pleine décroissance, et il a été prescrit aux troupes de ne boire que des infusions de thé.

Les eaux minérales au point de vue chimique et bactériologique

M. Moissan a pratiqué un grand nombre de recherches sur la composition chimique et bactériologique de l'eau de Seltz et des eaux minérales. Il résulte de ces travaux que les eaux dites de Seltz renferment de petites quantités de cuivre, d'étain et de plomb; on retrouve d'ailleurs la trace de ces métaux dans certains échantillons d'eaux gazéifiées. D'autre part, toutes ces eaux examinées au point de vue bactériologique ont montré la présence de nombreux microorganismes, ceux-ci seraient cependant moins abondants dans l'eau de Seltz; il semble que l'acide carbonique joue un rôle protecteur. Dans les divers échantillons d'eaux de Vichy, on rencontre des microorganismes en si grande abondance que leur nombre peut dépasser 100,000 par centimètre cube. Il convient d'ajouter toutefois que ce sont presque toujours des microbes inoffensifs, mais on rencontre cependant le bactérium coli communis et ce fait prouve qu'on ne saurait toujours prendre ces eaux sans inconvénient et qu'il est nécessaire de surveiller attentivement le rinçage des bouteilles, la prise de l'eau et l'embouteillage.

M. Riche dit que le Comité d'hygiène publique s'est déjà préoccupé de cette question, et qu'il y a lieu d'exiger certaines mesures pour l'embouteillage des eaux de table et des eaux minérales, afin d'éviter la présence des sels métalliques toxiques dans ces eaux destinées à l'alimentation.

M. Cornil rappelle que M. Ponchet reconnut que les eaux minérales de Vichy ne contenaient pas de microbes au griffon des sources, sauf une, cependant (Célestins), mais que les eaux, au contact de l'air amassaient des microbes.

Au moment de l'embouteillage, les eaux minérales peuvent ne contenir que quelques rares microbes par centimètre cube, mais ceux-ci fructifient et il n'est pas étonnant de constater plus tard, à l'examen bactériologique, des quantités aussi considérables que

celles qui ont été trouvées par M. Moissan. Il est certain qu'il y aurait certaines pratiques à réformer pour éviter, autant que faire se peut, l'invasion des eaux de table par les microorganismes.

M. Robin fait remarquer que la commission des eaux minérales de l'Académie a signalé plusieurs fois dans ses rapports la présence des microorganismes, mais le laboratoire de l'Académie n'est pas installé pour faire une étude bactériologique suffisante de toutes les eaux qui sont soumises à son approbation. Il conviendrait de faire auprès des pouvoirs compétents les démarches nécessaires pour créer cette installation, et on ne saurait trop répéter que, dans son autorisation de vente d'eaux minérales, l'Académie ne peut garantir la pureté microbienne de ces eaux.

M. le barron Larrey insiste pour que le bureau fasse, auprès des ministres qui s'adressent à l'Académie, les démarches nécessaires pour obtenir la création d'un laboratoire de bactériologie.

Traitement du pneumothorax, et spécialement des pleurésies infectieuses qui peuvent la compliquer

M. Fernet : L'éruption d'air pur dans la cavité pleurale est peu offensif pour la plèvre. Le traitement du pneumothorax simple peut donc n'être que symptomatique : il se réduit aux moyens propres à calmer la douleur, à soulager la dyspnée et à combattre les accidents mécaniques dus à un épanchement gazeux abondant.

Un des plus grands dangers du pneumothorax réside dans l'infection de la plèvre qui se produit souvent en même temps que le pneumohtorax. Quand cette infection est produite, elle devient un élément capital de la maladie et fournit des indications thérapeutiques dominantes : il faut combattre l'infection pleurale par l'antisepsie locale.

Le traitement à mettre en œuvre comprend une série de moyens proportionnés à la gravité de la maladie.

Dans les cas où les phénomènes infectieux sont légers et même douteux comme dans l'hydropneumothorax, il n'y a rien à faire, sinon quelquefois à pratiquer la thoracentèse pour évacuer un épanchement liquide abondant ou tenace.

Si l'infection pleurale est peu intense et donne lieu à une pleurésie subaiguë, on peut en venir à bout par un moyen très simple, l'injection intra-pleurale de liquides antiseptiques (solution d'iode, de sublimé, de chloral, ou de telle autre substance de même ordre).

Un second moyen plus actif consiste dans l'emploi des lavages de la plèvre avec des iquides antiseptiques, suivis ou non de l'injection d'une substance antiseptique qu'on laissera séjourner dans la cavité pleurale.

Enfin, dans les cas rebelles à un moyen simple, et dans les cas de pleurésie septique subaiguë, il faut recourir à la thoracotomie, et autant que possible la faire précoce.

M. Cornil lit une note de M. Berlioz (de Grenoble), relative à un cas de broncho-pneumonie et de pleurésie hémorrhagique, dans lequel on a constaté la présence d'un pneumo-bacille différent du bacille de Friedlander.

Elections. — Au cours de la séance, il a été procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section des chirurgiens. M. Nicaise a été élu par 57 voix sur 68 votants ; M. Lucas-Championnière a obtenu 7 voix ; M. Terrillon 3, et M. Delens 1.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

*Les ateliers étant fermés le lundi de Pâques, l'*Union médicale *ne paraîtra pas Mardi*

BULLETIN

—

L'importante nouvelle de la semaine, est la consultation demandée à l'Assemblée générale du congrès de chirurgie, au sujet du transfert de la session à Lyon au mois d'octobre 1894.

Tous les membres du congrès (au nombre de 400) sont actuellement consultés sur la question de savoir s'il convient, cette année, d'ouvrir exceptionnellement le congrès à Lyon, à l'occasion de l'Exposition Universelle, qui doit, paraît-il, être fort brillante, grâce aux subsides qui viennent d'être votés par le Gouvernement, et aussi grâce aux efforts considérables de la cité lyonnaise.

C'est M. le docteur Picqué, le nouveau et sympathique secrétaire général du congrès, qui a présenté cette proposition au Conseil d'administration, et nous ne pouvons que le féliciter de l'esprit d'initiative qu'il a su montrer dans cette circonstance.

Il s'agissait là, en effet, d'une grosse question qui revient périodiquement à chaque congrès. Le Conseil, plusieurs fois consulté, avait toujours tenu à réserver son opinion, en s'appuyant sur des raisons d'ordre scientifique et matériel et, d'ailleurs, l'assemblée générale elle-même n'avait jamais cru devoir prendre l'initiative d'une telle résolution, demandée avec insistance par quelques-uns, rejetée, il faut le dire, par le plus grand nombre ; de fait on pouvait craindre que, quelle que soit l'activité scientifique d'un centre

FEUILLETON

—

Un simulateur

Il y a eu de tout temps des hommes absolument réfractaires aux charmes de la vie des camps et capables de tout pour s'y soustraire. Dès l'antiquité la plus reculée, des mutilations destinées à y rendre impropre ont été imaginées et pratiquées. C'est à l'une d'elles — l'amputation du pouce droit, rendant incapable de tenir le glaive — que l'on fait remonter l'étymologie du mot « poltron », *pollex truncatus*.

Un médecin militaire russe, le docteur Schulz, racontait dernièrement dans le *Wratsch*, le procédé plus perfectionné qu'emploient, dans le même but, un certain nombre de conscrits de son pays, procédé qui consiste dans la production artificielle d'une hernie inguinale. Il y aurait un livre curieux à faire avec l'histoire des ruses employées ainsi à tous les âges et dans tous les pays. L'ingéniosité de nos semblables est étonnante à cet égard.

A peu de frais et sans beaucoup de peine, on réaliserait en quelque sorte la synthèse de toutes ces fraudes, on en condenserait la quintessence par une observation attentive

universitaire de province, les chirurgiens y vinssent avec moins d'empressement qu'à Paris, qui restera, quoi qu'on fasse, le centre recherché, non seulement pour son outillage scientifique de premier ordre, mais encore pour les ressources de tous genres que nos collègues peuvent y rencontrer. Il y avait donc dans un déplacement, même momentané, un danger réel pour une jeune association, danger dont le comité devait tenir compte pour l'opposer, dans la mesure de ses droits statutaires, au désir de décentralisation formulé par quelques-uns.

Dans le rapport très intéressant qu'il a lu devant le Conseil, dans sa séance du 21 mars, et qu'il a bien voulu nous communiquer, M. Picqué s'est appliqué à démontrer que l'Association française de chirurgie, actuellement adulte, reconnue récemment d'utilité publique, pouvait, et avec des chances sérieuses de succès, tenter aujourd'hui un essai de ce genre, et il estime que le moment est particulièrement venu de donner satisfaction aux demandes réitérées des collègues de la province.

L'Exposition Universelle de Lyon, permet, en effet, de tenter cet essai dans des conditions exceptionnelles.

Il se fera vers cette ville un mouvement important, qu'il semble à propos d'utiliser pour l'essai proposé. Nous nous rallions bien volontiers à cette manière de voir : n'est-ce pas pour un congrès en province une occasion unique qu'il convient de ne pas laisser perdre.

Il est certain qu'il ne saurait être question de principe, comme l'ont fait remarquer quelques membres avec juste raison, et qu'on ne saurait engager l'avenir en acceptant d'ores et déjà l'idée d'ouvrir le congrès dans toutes les villes qui possèdent un centre d'études médicales. M. Picqué fait en effet remarquer qu'on ne peut assimiler l'Association de chirurgie à l'Association pour l'avancement des sciences. Là, en effet, il existe de nombreuses sections : chacune à tour de rôle, peut découvrir dans un centre, même peu important, des richesses inutilisées et à faire valoir.

Les Congrès de chirurgie n'ont à s'occuper que du progrès de la science chirurgicale. Notre association a besoin d'attirer le plus de savants possi-

---

de quelques mois dans un milieu qui est, à ce point de vue, d'une fertilité inouïe, je veux dire les bagnes. Là, non seulement les maladies provoquées sont aussi fréquentes que variées et les mutilations appropriées aux travaux que l'on veut éviter se présentent presque chaque jour à l'étude du médecin; mais les maladies simulées, plus curieuses peut-être et souvent plus difficiles à déjouer, sont une partie importante du bilan quotidien des visites médicales. C'est surtout à l'arrivée d'un nouveau médecin dans un pénitencier, qu'on voit se multiplier tout à coup ces tromperies assez habiles parfois pour défier l'attention la plus instruite. Il faut une expérience de plusieurs mois pour savoir démasquer du premier coup les fourbes. Cette expérience peut coûter cher. C'est au moment où elle est acquise que ces misérables, ne pouvant plus espérer tromper leur médecin, commencent à combiner les moyens de se débarrasser de lui et jouent entre eux, en cinq points d'écarté, le plaisir de lui planter un couteau entre les côtes à la visite du lendemain.

J'eus l'occasion, il y a plusieurs années, d'accompagner le médecin-major d'un pénitencier à son service d'hôpital. Pour les officiers de passage en ce pays, c'était un plaisir, une fête qu'une excursion au camp principal de la transportation. L'hospitalité du personnel médical y était légendaire, cordialement et généreusement offerte, elle ajoutait le

ble pour fixer la science sur des points controversés. Il faut donc que les Congrès restent dans les grands centres, les plus actifs au point de vue chirurgical, et les plus recherchés à tous égards.

La question du roulement entre Paris et les centres importants de la province ne saurait pas davantage et pour les mêmes raisons être mise en discussion.

Le conseil n'a pu, d'ailleurs, qu'émettre un vœu favorable, et accepter la consultation de l'assemblée proposée par le rapporteur.

L'assemblée générale souveraine en la matière ayant fixé le Congrès à Paris en 1894, aucune détermination nouvelle ne pouvait être prise avant son avis.

Aussi le Conseil, après avoir adopté les conclusions du rapport, s'est-il borné à prendre les résolutions suivantes :

1° Tous les membres recevront un bulletin de vote ;

2° Le bulletin devra être envoyé au secrétaire général avec une signature lisible, avant le mardi 23 avril, sous peine de nullité;

3° Dans le but d'éviter toute contestation ultérieure, le dépouillement du scrutin aura lieu le 24 avril, à 5 heures, dans le local de la Société de chirurgie, devant le conseil d'administration, réuni à cet effet en séance publique.

Le résultat du scrutin sera communiqué à la presse.

M. le professeur Ollier était venu devant le Comité défendre avec chaleur l'idée du transfert à Lyon du Congrès en 1894 ; il a assuré ses collègues parisiens du désir de la municipalité et de l'université lyonnaise, de recevoir dignement le Congrès de chirurgie, et nous pouvons certifier que le docteur Picqué fera tous ses efforts pour faire réussir le Congrès provincial de l'association.

Mais il faut attendre l'avis de l'assemblée : nous sommes curieux de savoir dans quel sens elle va se prononcer.

---

charme de la plus franche et de la plus joyeuse camaraderie, à l'étrangeté captivante, à demi inquiétante du milieu où l'on allait passer quelques heures et à l'attrait délicieux d'un paysage d'une rare beauté.

L'hôpital, formé de pavillons parallèles reliés entre eux par une belle vérandah, était construit sur le haut d'une longue plage de sable fin qui s'arrondissait gracieusement à ses extrémités, enserrant comme dans la courbe de deux bras blancs une baie profonde, où la mer était d'un bleu si joli, si pareil au bleu du ciel qu'on n'eût point su où s'arrêtait l'horizon sans les grands brisants des récifs qui le brodaient au loin de la ligne d'argent de leurs volutes éternelles. Les deux caps où se limitait la baie terminaient deux hautes collines boisées, qui se rejoignaient à quelque distance, laissant entre elles une petite plaine en forme de triangle, longue à peine de quelque cinq ou six cents mètres et qui était un jardin merveilleux où toute la flore tropicale mettait les splendeurs de sa végétation luxuriante : épais massifs de bambous géants, bouquets de palmiers, avenues de cocotiers chargés de fruits et de flamboyants aux grappes de fleurs sanglantes, banians séculaires aux racines aériennes, rappelant les piliers aux mille cannelures dans les nefs des vieilles cathédrales. Joignez à cela la pureté parfumée d'un air juste aussi tiède qu'il l'est dans nos climats aux dernières journées du printemps et,

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

C'est l'observation d'un cas de *mort subite par une injection de cocaïne dans le canal de l'urèthre* qui commence la séance. Le rapporteur était tout indiqué, n'est-ce pas? M. Reclus n'ayant pas donné à la tribune le nom du confrère qui a adressé le travail à la Société de chirurgie, nous ferons comme lui.

Il s'agissait d'un homme de 72 ans, atteint de rétention d'urine et d'hypertrophie de la prostate. Après plusieurs ponctions aspiratrices et plusieurs tentatives infructueuses de cathétérisme, avant de pratiquer la cystostomie sus-pubienne, une dernière tentative est faite par l'urethère et pour éviter la douleur en même temps que les réactions nerveuses considérables chez le sujet, on injecte une *dose faible* de cocaïne, nous dit le chirurgien, soit 20 grammes de solution à 5 pour 100, c'est-à-dire *un gramme de cocaïne*. La mort fut immédiate au grand étonnement de l'opérateur. Une telle candeur nous désarmerait, s'écrie M. Reclus, s'il n'y avait pas eu mort d'homme. Il est certain que notre confrère n'avait pas lu les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet tout dernièrement à la Société de chirurgie et dans lesquelles il ressort qu'on ne doit jamais dépasser 15 à 20 centigrammes de la substance anesthésique précitée.

Le malade était artérioscléreux, cardiaque, atteint d'angine de poitrine et pour l'auteur du travail c'est à ces raisons qu'il faut attribuer la mort, car ici il ne s'agissait pas d'une injection hypodermique, mais bien d'un simple contact avec une muqueuse. M. Reclus répond que, avant et depuis surtout les expériences de Condamin, on sait que le rectum et l'urèthre absorbent avec la plus grande facilité, que les altérations cardiaques sont pour lui une indication de la cocaïne, car dans ces cas toujours dangereux, cette substance est beaucoup plus inoffensive que le chloroforme; il suffit de savoir les doses à employer et, pour sa part, M. Reclus est à sa 2,774e opération avec cet agent et n'a qu'à s'en louer.

---

car il faut tout dire, les promesses d'une table à la réputation solidement établie, et vous comprendrez que la promenade à l'hôpital du pénitencier devait être pour tout le monde une attraction de premier ordre.

A l'époque où j'eus le plaisir d'y aller, le chef du service médical était un confrère charmant et très bon, plein d'une gaieté communicative, toujours joyeux, toujours riant de ce franc rire d'homme solide et robuste qui entraîne irrésistiblement le rire des autres. Il est mort depuis quelques années, d'une mort qui est un peu l'apanage des médecins de marine, emporté par la fièvre jaune, à son retour des Antilles, sur le bâtiment dont il était le chirurgien-major.

Le connaissant pour le bon vivant qu'il était, je fus surpris, à mon arrivée très matinale chez lui, de le trouver un peu nerveux. J'en eus la raison tout de suite.

« Mon cher ami, me dit-il, en m'indiquant une de ces confortables chaises longues en rotin tressé bien connues des coloniaux, vous me voyez presque ennuyé. Votre venue heureusement est aussi opportune que possible et elle me fait doublement plaisir, car vous allez me donner un conseil et, s'il le faut, un solide coup de main.

« J'ai là, dans une de mes salles une espèce de chenapan qui, évidemment, est un simulateur. Dans l'impossibilité de le prendre en défaut ou de lui arracher un aveu,

M. BAZY se demande avec juste raison, comment l'opérateur a pu faire pénétrer 20 grammes de liquide dans l'urèthre ; il en aura certes pénétré dans la vessie et, il l'a démontré, cet organe absorbe.

M. TUFFIER et M. MARC SÉE pensent que les fausses routes ont facilité l'absorbtion et que la cocaïne, par l'intermédiaire du canal, grâce aux ruptures de ce même canal, a agi comme si elle avait été placée sous la peau et M. VERNEUIL fait remarquer que le mauvais état de l'appareil cardiaque invoqué par l'auteur comme une circonstance atténuante, se retourne contre lui. Connaissant en effet les lésions du système circulatoire, il avait toutes les raisons pour employer des doses faibles de cocaïne.

La discussion sur *la trépanation dans les plaies du crâne par armes à feu* continue par un discours de M. BERGER. L'orateur se défend d'abord, on l'a fait parler. Il n'a jamais dit que les balles de revolver étaient toujours aseptiques, mais qu'elles pouvaient se comporter comme des corps aseptiques, ce qui est bien différent. Posant ensuite la question sur son véritable terrain, il répète qu'il n'a en vue que la conduite à tenir à l'égard d'un petit projectile ayant pénétré dans la substance cérébrale sans déterminer d'accidents ; c'est-à-dire la conduite immédiate *primitive* à tenir pour le chirurgien, car il est certain que lorsqu'il y a des complications, de la fièvre, tout le monde trépane, c'est une règle absolue. Et bien, si on reprend les différentes observations apportées à la tribune par les défenseurs du trépan primitif, on voit qu'il s'agit presque toujours de trépanation secondaire. M. Quénu, par exemple, qui s'écriait qu'il était prudent d'agir immédiatement et imprudent de ne pas agir, n'est intervenu qu'à la troisième semaine chez son premier malade qui a succombé, et il ne peut savoir ce qui serait arrivé s'il avait ouvert le crâne immédiatement. Dans son deuxième cas, au deuxième jour, le malade a de la fièvre et il a attendu encore au lendemain pour appliquer le trépan. Il trouve la balle ayant à peine effleuré la substance cérébrale, son opéré guérit. Voilà une bonne observation en faveur de la trépanation secondaire. La balle n'ayant même pas perforé la dure-

---

j'ai pris hier une décision que je regrette un peu, mais il me faut suivre jusqu'à l'extrême limite du possible le plan que je me suis tracé. Cet homme m'a été adressé, il y a quelques jours, avec le diagnostic non compromettant de « tympanisme ». Il avait alors et je lui ai toujours vu depuis le ventre ballonné et tendu au-delà de ce que vous pouvez imaginer. D'ailleurs vous le verrez dans quelques instants. C'est un énorme ballon gonflé à crever. Rien n'expliquait cet état car sa santé, à part cela, était bonne, et je ne lui trouvais rien. Néanmoins, à chaque visite, je le voyais dans la même situation, paraissant souffrir et souffrant peut-être réellement, anxieux, dyspnéique, oppressé. A plusieurs reprises je l'ai menacé d'une ponction dans l'espoir de le réduire par la crainte, mais j'en ai toujours été pour mes frais. Inutile de vous dire qu'on ne peut absolument pas compter sur le concours de ses co-détenus pour le surveiller et le trahir. Hier, enfin, j'eus l'idée d'entrer beaucoup plus tôt que d'ordinaire dans la salle où il est. Je surpris aussitôt un mouvement d'inquiétude parmi les autres malades et j'entendis chuchoter de lit à lit cet étrange avertissement : « Hé ! là-bas, prends garde, gonfle, Nadard, vite, vite ! »

Sans rien laisser paraître, je m'avançais lentement, ne quittant pas du regard le lit vers lequel semblaient s'adresser ces paroles.

mère dans le troisième fait, seul exemple de trépan vraiment primitif, on ne peut donc rien en inférer.

Quant à M. Gérard Marchant, sa première observation était aussi un cas de trépanation secondaire; il a obéi à l'indication donnée par l'élévation de la température. Chez les autres malades, l'encéphalite a causé la mort, c'est un fait connu de tous. Il en est de même des opérés de M. Tuffier qui sont, les deux derniers surtout, de beaux succès à enregistrer en faveur du trépan secondaire.

De toutes ces observations, on peut donc tirer la conclusion suivante: La trépanation secondaire donne de très bons résultats ; il est donc très important de surveiller ses malades et d'être prêt à intervenir au moindre accident.

M. Berger ne parlera pas des statistiques; elles sont de peu de valeur, car on ne publie en général que les cas heureux, les autres n'attirant pas l'attention, la mort étant souvent la règle dans ces graves lésions. Mais il est un fait qui ressort bien net de la discussion, c'est que, de l'avis de tous, il ne faut pas faire la recherche du projectile. L'orateur va plus loin, il pense même que l'action mécanique de l'instrument tranchant sur le crâne, y produit des succussions, des ébranlements qui ne sont pas sans importance. Le chloroforme, de plus, avec sa période d'agitation, ses vomissements, va aussi à l'encontre du traitement qu'on a en vue : mettre le malade dans le calme le plus grand, dans l'immobilité la plus complète. Enfin, si on parle de désinfection, elle ne peut être qu'insuffisante, puisqu'on le sait, on peut laisser dans la substance cérébrale des cheveux, des fragments de vêtements et d'os. On ne peut donc pas poser de règle fixe, quand il s'agit du trépan primitif et M. Berger en craindrait les abus ; il faut donc se borner à surveiller son malade et opérer s'il y a des accidents.

M. Prengrueber prend ensuite la parole pour citer un cas dans lequel il trépana du côté opposé à la plaie d'entrée à cause des localisations bien nettes, et il ne put cependant trouver le projectile. C'est à cause de cette impossibilité de pouvoir faire des recherches fructueuses, que M. Verneuil

---

« C'était celui qu'occupait mon homme au gros ventre. Mais ce ventre n'existait presque plus. Le drap habituellement soulevé comme par un cerceau, était plaqué cette fois tout d'une venue de ses épaules à la pointe de ses pieds. Cependant, à mesure que je m'approchais de lui, tout en m'arrêtant à causer à quelques autres malades, je voyais le gonflement commencer à se produire, s'accentuer à vue d'œil, devenir énorme. Quand j'arrivai près de son lit et que je le découvris, il était tout aussi ballonné que les jours précédents.

« Je fis celui qui n'a rien vu. Je l'examinai avec le même soin que la veille, je le palpai longuement puis, d'un ton très calme et très décidé, je lui exposai que son cas me paraissait des plus graves, qu'une opération seule pouvait le guérir et que mon désir était de la pratiquer dès le lendemain ; mais que, vu la gravité de l'intervention, je devais auparavant le mettre franchement au courant de la situation.

« J'avoue, cher ami, que je fus très embarrassé quand, au lieu de l'aveu sur lequel je comptais alors fermement, je reçus cette simple réponse: Faites ce qu'il faut, docteur, seulement si c'est douloureux, endormez-moi ! » Et c'est ce matin que je joue ma dernière carte contre ce gredin-là. J'irai jusqu'au chloroforme inclusivement, mais s'il pousse l'énergie jusqu'à accepter l'anesthésie, comme je ne puis cependant pas le lapa-

a pour principe de ne pas trépaner. C'est, du reste, nous dit M. Verneuil, la conclusion de la grande discussion qui eut lieu en 1887, à la Société de chirurgie. L'accord fut unanime parmi ses membres, et à cette époque, M. Terrier se prononçait de la façon la plus formelle contre le trépan. Il a donc changé complètement d'avis depuis. M. Verneuil cite ensuite de nombreux cas de sa pratique dans lesquels un simple pansement à l'iodoforme a suffi pour amener une guérison durable.

Il rappelle aussi une observation dans laquelle deux balles furent tolérées pendant deux ans, ainsi que le cas d'un malade qui portait une toute petite plaie d'entrée ; des douleurs éclatèrent, qui cédèrent à l'administration du quinine ; le sujet était un paludéen et la balle fut, du reste, trouvée sous la peau, et il termine en posant les questions à résoudre qui sont pour lui les suivantes : Avec l'exploration primitive, combien de fois a-t-on pu extraire le projectile? quand la trépanation a été primitive, combien de fois a-t-on obtenu la guérison? cette dernière n'a-t-elle pas été plus fréquente dans les cas où on n'a rien fait?

M. Quénu répond à M. Berger qu'il laisse complètement de côté la responsabilité des cas de trépan appliqués inconsidérément par quelques praticiens; ce qu'il veut arriver à faire, c'est intervenir dans les meilleures conditions possibles pour le malade. Or, il part de cette idée reconnue de tous que dans un trajet profond ce sont ses premières parties qui sont le plus infectées par le projectile, et c'est pour cela qu'il veut nettoyer le plus possible ce qu'il pourra de ce trajet. Quant au chloroforme, il n'a pas d'importance; le point capital c'est la septicité, et il faut s'opposer aux accidents qu'elle provoque.

M. Pozzi est du même avis. Il faut agrandir l'orifice pour nettoyer les parties superficielles du trajet, et il cite deux observations à l'appui. Dans la première, l'exploration au stylet démontra la présence du pus, la trépanation permit de guérir. Dans la seconde, il s'agissait d'une plaie de la région temporale. Il détacha le crotaphyte et trouva la balle enchâssée dans l'écaille. Après son extirpation, le pouls qui était très lent redevint normal.

---

rotomiser, je rapporterai de l'aventure ce qu'on appelle une belle veste.. Hé! bien, allons-y, voulez-vous? c'est l'heure. »

L'appareil instrumental, à dessein, n'avait été recouvert d'aucun voile. Le pauvre diable y jetait à la dérobée des regards où, malgré son empire sur lui-même, se lisaient une légitime craintre et les traces de la lutte intime qui se livrait en son âme entre l'instinct de la conservation et un irréductible amour-propre. Il faut dire que l'appareil avait été composé avec un soin spécial. Le moins affreux des instruments tranchants qui jetaient dans le plateau les durs éclairs de leur acier était un long couteau interosseux. Je ne me souviens pas qu'on y ait introduit de scie, mais il me semble bien y avoir vu un trépan avec la plus large de ses trois couronnes Le sable, la sciure de bois étaient répandus à profusion, de nombreux baquets disposés avec art; nous avions ceint les vastes tabliers, relevé nos manches.

« — Mon cher ami, me dit le médecin en chef qui venait d'avoir un court entretien avec son malade, ce brave garçon est entièrement décidé, je viens de lui expliquer à grands traits ce que je compte faire ; vous pouvez lui donner le chloroforme. ».

J'avoue, à mon tour, que je n'en crus pas mes yeux, quand je vis le pauvre diable très docilement s'étendre, ouvrir la bouche, faire docilement de profondes inspirations.

La séance se termine par une observation bien curieuse de M. Ollier (de Lyon). Un homme avait reçu une balle dans le conduit auditif externe, d'où section du facial et hémiplégie presque complète. Le blessé réclama l'intervention de M. Ollier qui la refusa, et tous les chirurgiens qui examinèrent le malade pensèrent que la balle était perdue dans la substance cérébrale. Devant les instances réitérées du blessé qui désignait un point fixe sur le pariétal, point très douloureux, M. Ollier trépana, ne trouva rien et dit au malade qu'il avait extirpé le projectile. Tout alla bien jusqu'au jour où le patient apprit qu'on avait rien enlevé du tout. Il vint alors à Paris où on l'opéra. Deux jours après il était mort, et on trouva la balle dans le pharynx en dehors du crâne.

Eugène Rochard.

A propos des opérations d'exothyropexie pratiquées à la Salpêtrière

Il nous est impossible de ne pas parler d'un sujet qui a occupé pendant plusieurs jours la presse politique et qui a fait l'objet d'une discussion la semaine dernière au conseil municipal, d'autant qu'il est certain point que l'on ne connaît pas ; nous voulons parler de la genèse de l'incident de presse soulevé par cette question toute professionnelle.

On sait que M. Poncet et son élève Jaboulay ont pratiqué 14 fois l'opération de l'exothyropexie, qui consiste, comme nous l'avons déjà dit dans l'*Union médicale*, à luxer le corps thyroïde malade et à le laisser s'atrophier au contact de l'air. 14 succès dont deux pour maladies de Basedow, avaient attiré l'attention du Dr Brissaud qui ayant deux malades atteintes gravement de cette affection et ayant épuisé sur elles toutes les ressources de la thérapeutique médicale, voulut les faire bénéficier, si cela se pouvait, de l'intervention chirurgicale. L'état des deux malades était grave, nous le répétons et devenait menaçant de jour en jour : augmentation du volume de la tumeur thyroïdienne, amaigrissement considérable du sujet. palpitations constantes du cœur,

---

Je regardai d'un air consterné mon confrère, redoutant décidément pour lui une déplorable défaite.

Notre anxiété heureusement fut de peu de durée. Dès que les bourdonnements d'oreilles, les pénibles fourmillements des extrémités indiquèrent à notre sujet que l'action de l'anesthésique commençait réellement à se produire et qu'il allait perdre le sentiment avec la conscience, il se redressa sur son lit violemment et d'un air non moins altéré que suppliant : « — Pardon, major, ce n'est pas vrai... je vais vous dire... c'est en avalant de l'air que je me fais gonfler ainsi... Je me suis exercé longtemps... C'est pour cela qu'on m'appelle Nadar ; demandez aux autres... »

Nous n'en entendîmes point davantage. L'honneur était sauf, la victoire nous restait et une heure plus tard nous déjeunions avec l'appétit que vous pouvez penser. « — Avouez, me disait ensuite mon ami, que cette énergie de dissimulation ne le cède guère à celle du conscrit de Kasper courant tout droit se jeter dans le Danube, pour soutenir son rôle d'aveugle et échapper ainsi à la conscription. » Je trouvais pour ma part qu'elle le dépassait de beaucoup sous certains rapports.

Quand je dis que nous n'en entendîmes pas davantage je ne dis point toute la vérité, car nous assistâmes au dégonflement tempétueux de cet abdomen. Non, jamais l'industriel qui fit courir naguère tout Paris au Moulin-Rouge, et que le maître Bonnat représenta sous les traits de Renan au salon de 1892, n'approcha d'une pareille virtuosité ni d'une semblable maestria.

pouls ne descendant jamais au-dessous de 120 pulsations à la minute, etc. M. Poncet, de passage à Paris opéra les deux malades dans le service chirurgical de la Salpêtrière avec l'aide de M. Chaput pour le moment chef du service. Une des malades mourut de choc. C'est là un malheur qui peut, hélas, arriver à tous les chirurgiens; et on n'avait pas dissimulé cette éventualité possible quoique improbable à la famille qui avait été consultée et même aux pauvres filles qui se prêtaient de plein gré à l'intervention.

Or, tout ceci se passait le 21 février et le 22, dans une leçon professorale, M. Brissaud faisait part de cette issue fatale à ses élèves et discutait, dans son cours officiel, les raisons qui l'avaient déterminé ainsi que les causes de la mort. Cette clinique parut le 24 février dans la *Médecine moderne*. La presse politique ne s'empara pourtant de ces faits que le 12 mars, après un article sensationnel de la *Cocarde* paru le 11 au soir portant comme titre en lettres capitales énormes : *Meurtre médical*.

Pourquoi la *Cocarde* annonçait-elle ce triste évènement, qui l'avait porté à sa connaissance? C'est un article du journal *La Ville* ayant pour directeur M. Paul Strauss. Ce journal venait, près d'un mois après que les faits s'étaient passés, les dénaturer de la façon suivante, nous citons textuellement :

A l'hôpital

« Le fait suivant vient de se passer dans un hôpital. Un chirurgien, désirant essayer « une opération nouvellement inventée, demande à un collègue en médecine de lui « procurer quelques sujets et celui-ci met à sa disposition deux jeunes filles malades « de son propre service. L'opération est faite. Une des deux opérées succombe le jour « même; l'autre survit, mais mutilée et irrémédiablement atteinte dans son organisme. « Or, *il n'y avait chez ces malades ni nécessité ni utilité à recourir à une opération grave*, « leur maladie étant de celles qu'on traite et guérit couramment par des moyens plus « doux. L'événement a produit sur tous ceux qui en ont été témoins une impression « des plus pénibles. Je ne veux pas entrer dans les détails ni donner des noms. » (*La Ville*, 10 mars 1894.)

Et, cependant, M. Strauss est docteur, il est de plus conseiller municipal; mais on aura beau faire ; on n'arrivera pas à faire diminuer la grande confiance que tous les habitants de Paris ont dans les médecins et les chirurgiens de leurs hôpitaux, y compris même, les électeurs de l'arrondissement de M. Strauss. Fait curieux à signaler encore ! M. Strauss n'a pas pris la parole dans la discussion du conseil municipal sur cette question qu'il a fait naître. Pourquoi? il ne pourra pas cette fois, alléguer les mêmes raisons que celles qu'il donnait il y a quelques jours pour expliquer son abstention au conseil de surveillance de l'assistance publique, dans le vote des réformes hospitalières. Quand il disait en son nom et en celui de M. Navarre qui avait eu la même conduite:

« On a essayé de tirer parti, contre mon collègue et contre moi, de notre abstention « dans les discussions qui ont eu lieu au Conseil de surveillance soit sur les projets de « réformes hospitalières, soit au sujet de la revision de la loi de 1849 et du décret de « 1886, et nous tenons à dire que cette abstention a été voulue et systématique. Il nous « a paru que nous aurions manqué au Conseil municipal, dont nous sommes les représentants au Conseil de surveillance, en intervenant personnellement dans des discussions qui devaient se renouveler ici. (*Bulletin municipal officiel* du 13 mars 1894.)

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

—

Installation et nettoyage des filtres Chamberland

Les filtres en porcelaine s'installent de deux manières différentes suivant qu'on les établit dans une ville pourvue d'une distribution d'eau à domicile ou dans une localité qui n'en a pas et dans laquelle on est obligé de prendre l'eau aux puits ou aux bornes-fontaines placées sur la voie publique.

1° Dans le premier cas, l'eau a une pression qui favorise le filtrage et une seule bougie suffit pour un ménage. On se sert alors d'un appareil spécial constitué par un cylindre métallique dans lequel la bougie est enfermée. Ce tube présente à sa partie supérieure un pas de vis qui sert à le fixer. Il est fermé à son extrémité inférieure par un écrou à oreilles perforé au centre. La tétine de la bougie passe par cette ouverture, la bague émaillée qui la termine s'applique contre le bord inférieur du tube de métal ; l'interposition de la rondelle en caoutchouc assure un joint hermétique et l'eau filtrée tombe dans un tube en caoutchouc, par lequel elle se rend dans le vase destiné à la contenir. C'est d'habitude un petit tonnelet en verre muni d'un robinet et placé sur un support qu'on fixe à la muraille.

Pour mettre cet appareil en place, on choisit un endroit frais et traversé par un des branchements de la colonne montante. On fixe sur ce branchement un robinet muni d'un pas de vis pour s'adapter à celui du cylindre métallique de l'appareil.

Lorsque le tout est en place on ouvre le robinet, l'eau coule dans le cylindre, pénètre par pression dans la cavité de la bougie et s'écoule limpide dans le tonnelet.

Quand on veut nettoyer l'appareil, on ferme le robinet de la prise d'eau, on dévisse le cylindre, on le renverse, on dévisse l'écrou à oreilles qui le ferme inférieurement et on en extrait la bougie pour la nettoyer. On commence par enlever avec une brosse la couche de boue jaunâtre dont elle est couverte, on la lave avec soin, puis on la stérilise.

Il y a pour cela différents moyens. M. A. Gautier conseille de plonger les bougies pendant une heure dans un mélange de cinq parties d'eau ordinaire et d'une partie d'acide chlorhydrique de commerce. Cela fait, on les rince à l'eau pure, on revisse l'appareil et on laisse perdre le premier litre d'eau qui passe.

Un autre moyen plus simple et que nous préférons, consiste à plonger les bougies dans un vase rempli d'eau qu'on amène à la température de l'ébullition et de les y laisser bouillir pendant dix minutes ; on peut aussi les flamber à la flamme du gaz, mais la stérilisation par la chaleur vive n'a pas le même degré de simplicité et de certitude, parce qu'on n'est jamais sûr de ce qu'on fait. Ne disons rien de l'étuve à vapeur sous pression, parce qu'on n'en a pas sous la main dans les familles.

2° Dans les villes qui n'ont pas de distribution d'eau à domicile et sous pression, ains que dans les campagnes, on se sert du filtre sans pression à cinq bougies, fonctionnant par aspiration.

Les cinq bougies sont fixées par leur extrémité supérieure à un collecteur horizontal, duquel part un tuyau en caoutchouc ou en étain fin, qui conduit l'eau filtrée dans un réservoir. Sur le trajet de ce tuyau se trouve un tube amorceur que l'on remplit d'eau et qui produit l'aspiration dans l'intérieur de la bougie. La batterie ainsi constituée, est placée dans un seau en zinc qu'il suffit de remplir pour que le syphon représenté par le tuyau en caoutchouc s'amorce de lui-même et que l'eau filtrée coule dans le réservoir qui se trouve au-dessous.

Cet appareil peut se placer partout; on choisit toutefois de préférence un endroit frais et éloigné de la cuisine. Pour le nettoyer, on retire la batterie du seau, on vide le réser-

voir, on le rince et on en éponge la surface intérieure ; puis on porte les bougies avec le collecteur, sous un courant d'eau, on les brosse et on les stérilise comme dans le cas précédent ; cela fait, on remet le tout en place.

COURRIER

Association française de chirurgie. Projet : Transfert du Congrès de chirurgie a Lyon en 1894. — Lors du dernier Congrès de chirurgie, l'assemblée générale a fixé à Paris la session de 1894. Depuis cette époque, une exposition universelle à Lyon ayant été décidée, quelques membres du Comité d'administration ont pensé qu'on pourrait, à cette occasion, ouvrir exceptionnellement cette année le Congrès dans cette ville.

Or, aucune détermination ne pouvant être prise sans l'agrément de l'assemblée générale, un nouveau vote devient nécessaire.

Dans sa réunion du 21 mars, le Comité a décidé que, pour éviter une réunion extraordinaire de l'assemblée générale, on procèderait au vote par correspondance.

Il a dès lors pris les résolutions suivantes :

1° Tous les membres recevront un bulletin de vote ;

2° Le bulletin devra être renvoyé au secrétaire général, avec une signature lisible, avant le mardi 24 avril, sous peine de nullité ;

3° Dans le but d'éviter toute contestation ultérieure, le dépouillement du scrutin aura lieu le 25 avril, à 5 heures, dans le local de la Société de chirurgie, devant le Comité d'administration réuni à cet effet en séance publique. Le résultat du scrutin sera communiqué à la presse.

Pour les membres du Comité :

Le président, M. Verneuil, Membre de l'Institut.

Le secrétaire général, L. Picqué, 8, rue de l'Isly.

Concours du bureau central. Chirurgie. — La question donnée lundi à l'épreuve écrite a été : *De l'ombilic*; *des hernies ombilicales de l'adulte*. — Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes : *Région anale, imperforations de l'anus*; *paume de la main* ; *rétraction de l'aponévrose palmaire*.

— L'assemblée générale de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 31 mars à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — Ce concours, auquel ont pris part jusqu'à la fin douze candidats, s'est terminé vendredi soir par la nomination de M. le docteur Devic.

— Les délibérations de la Conférence sanitaire internationale prendront fin cette semaine, et la convention doit être signée probablement par les délégués le 2 avril prochain.

Maladies des yeux. — Dr A. Darier, 9, rue Buffault. Conférences cliniques de pathologie et de thérapeutique oculaires, tous les jours de 3 heures à 5 heures. Cours particuliers d'ophtalmoscopie et de réfraction.

— Voici un extrait d'un journal toulousain que nous empruntons au *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine* : « Nous rappelons aux ouvriers syndiqués que le docteur F... abonne les familles au prix de 10 centimes par mois, pour chaque famille, payables par semestre.

« Dans l'abonnement sont compris les accouchements, opérations chirurgicales, ne demandant le concours que d'un seul médecin. »

— Le secrétaire général du Congrès international de Rome vient de recevoir une lettre des médecins de l'Inde, signée de plus de 760 noms, demandant qua le latin redevienne *la langue scientifique universelle.* La pétition réclame la création à Rome d'une « Officina centralis » chargée de traduire et de publier en latin le résumé de tous les livres et mémoires scientifiques.

Elle demande aussi la publication d'un journal médical international écrit en latin, qui prendrait le nom de *Salernum*, en souvenir de l'école de Salerne.

Si le manque de fonds s'opposait à la réalisation de cette idée, le Congrès est invité à substituer à son nom la dénomination plus brève de *Congrès de Salerne.*

« Potestisne saltem nomen invenustum congressum sanitatis seu medicinæ inter omnes gentes tollere et eum breviter Salernum nominare ? »

Des inconvénients de la déclaration des maladies infectieuses. — A peine si la nouvelle loi sur la déclaration obligatoire des maladies infectieuses a-t-elle commencé à être mise en vigueur que de graves inconvénients sont signalés de toute part. Dans un intéressant rapport fait au Syndicat des médecins de la Seine, M. P. Archambaud cite, entre autres, les faits suivants qui se sont déjà présentés :

C'est d'abord un particulier qui, voyant venir à son domicile la machine à désinfecter, s'empresse de jeter les désinfecteurs à la porte et de remercier le médecin traitant.

C'est un médecin qui, s'étant conformé à la loi, est très étonné de voir, le lendemain, à la suite de sa déclaration, arriver chez son client un brancard destiné à le transporter à l'hôpital. Refus du malade, reproches au médecin, perte du client.

C'est encore un commerçant navré de voir s'éloigner un à un ses clients terrorisés parce que l'administration est intervenue pour faire désinfecter la maison, à la suite d'une déclaration de maladie contagieuse.

Pour tâcher de remédier, dans la mesure du possible, à cet état de choses, M. Archambault a présenté à l'examen du Syndicat les propositions suivantes :

Article 1er. — La déclaration devra être unique, c'est-à-dire envoyée à une seule personne : maire, préfet, ou médecin des épidémies ; elle sera toujours signée par le médecin traitant.

Art. 2. — Le médecin traitant sera chargé de la direction de la désinfection, qui ne pourra être faite par l'administration que lorsqu'il en aura fait lui-même la demande.

Art. 3. — Une circulaire indiquera à tous les médecins les principaux moyens de désinfection qu'ils pourront employer ou faire employer, dans les cas de maladies contagieuses. Cette circulaire sera dressée d'après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène de France.

Ces propositions seront discutées à l'une des prochaines séances.

— Nous apprenons la mort de M. Juhel-Rénoy, médecin de l'hôpital Cochin, qui vient de succomber dans sa 39e année à la fièvre typhoïde, contractée en soignant les malades de son service. Nos lecteurs ont pu tout dernièrement apprécier les qualités de ce praticien, par la leçon clinique que nous avons publiée il y a quelques jours. C'est une grande perte pour le corps des hôpitaux.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

HYGIÈNE

Epuration des eaux potables (fin).

Le filtre Chamberland est, comme nous l'avons dit, celui qui présente aujourd'hui le plus de garanties. Une note ministérielle, en date du 22 juillet 1889, en a prescrit l'usage pour le service des casernements de l'armée (1). C'est le filtre à bougie unique, celui que nous avons décrit dans le précédent article, qui a été adopté dans la plupart des casernes. Les bougies. par séries de cinq, sont branchées sur une même conduite et réunies dans une caisse en bois dont la paroi postérieure est constituée par le mur lui-même. L'antérieure s'ouvre de bas en haut et est fermée à clef pour empêcher les soldats de toucher au filtre. La paroi inférieure est percée de trous correspondant aux tétines des bougies et, sous chacune d'entre elles, se trouve une cruche en grès pour recevoir l'eau filtrée. Toutes les cruches sont rangées sur un évier. On filtre sous une pression de une à deux atmosphères.

Lorsque l'eau n'est pas en pression, ou lorsque celle-ci est inférieure à une atmosphère, on se sert d'*accumulateurs de pression* dont l'adoption a été rendue réglementaire par une dépêche du ministre de la guerre en date du 7 février 1890. Ce sont des récipients cylindriques en tôle galvanisée, pouvant supporter une pression de trois atmosphères, dans lesquels on refoule de l'air avec une pompe, jusqu'à ce que le manomètre marque deux atmosphères (2).

Dans un certain nombre de casernes, on a adopté le *filtre à nettoyeur mécanique du système O. André* (de Neuilly), que tout le monde a pu voir fonctionner à l'Exposition universelle de 1889, dans la section d'hygiène. Une instruction ministérielle, en date du 24 mars 1892, a prescrit l'emploi de cet appareil à titre d'essai et a indiqué les précautions à prendre pour en assurer le fonctionnement (3).

Le nettoyeur mécanique de M. André consistait, au début, dans un système de brosses assez compliqué et qui avait pour inconvénient d'user rapidement les brosses ou les bougies, suivant que les unes étaient plus dures que les autres. L'inventeur a remplacé les brosses par de la grenaille de liège qui flotte sur le liquide quand l'appareil est au repos, mais qui est entraînée dans le remous quand la manivelle le fait tourner et vient heurter les bougies en tout sens en faisant l'effet d'un brossage.

Pour faciliter l'opération, M. O. André ajoute, à l'eau du bassin dans lequel plongent les bougies neuves ou fraîchement nettoyées, une poudre inerte très fine (poussier, sciure de bois, cendres, etc.) qui se dépose rapidement à la surface extérieure des bougies. C'est sur cette couche d'un

(1) *Bulletin officiel*, n° 68, partie réglementaire, page 324.
(2) Ces appareils sont décrits et figurés dans le *Précis d'hygiène appliquée* du docteur Eug. Richard, médecin principal de l'armée, 1891, p. 718.
(3) *Bulletin officiel* du ministère de la guerre, partie réglementaire, n° 21, p. 371, 1892.

sédiment inerte que se fixent les matières limoneuses et visqueuses. Elles peuvent dès lors adhérer à la paroi dont elles sont séparées par la poussière d'entretien. Le plus léger frottement exercé par la grenaille de liège sur les bougies, par le mouvement circulaire imprimé à l'appareil, suffit pour détacher le tout. Il n'y a point à démonter les tubes de porcelaine et les chances de fracture sont presque nulles.

Le débit de ces filtres varie avec la pression et la pureté de l'eau. Pour un filtre de 25 bougies, il va de 150 litres par jour quand la pression est de 5 mètres, à 900 quand elle est de 30 mètres.

M. Lacour-Eymard, pharmacien de première classe, a fait des expériences bactériologiques sur les eaux filtrées par l'appareil O. André (1). Il a reconnu que la poudre d'entretien ne modifie en rien la composition chimique de l'eau, mais qu'elle lui enlève environ le dixième de ses gaz. Elle facilite le nettoyage des filtres, mais elle n'a aucune influence sur le passage des bactéries. Celui-ci est d'autant plus rapide que la pression est plus forte et plus variable; les coups de béliers surtout sont dangereux. Il ne faut pas se contenter du nettoyage mécanique, il est indispensable, pour assurer le bon fonctionnement de l'appareil, de le stériliser tous les dix jours et non tous les six mois comme le prescrit l instruction précitée du ministre de la guerre. Celle-ci recommande la stérilisation par la chaleur, en faisant bouillir l'eau du filtre pendant un quart d'heure, à l'aide d'un réchaud placé au-dessous (2). M. Lacour-Eymard préfère la stérilisation par l'alcool ou par l'alun.

M. Guinochet, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, a refait les mêmes expériences, en 1893, et est arrivé à des résultats analogues, si ce n'est qu'il n'attache pas la même importance que M. Lacour-Eymard à la pression et aux coups de bélier qui se produisent dans les conduites. M. Guinochet préfère le permanganate de potasse à la chaleur, à l'alcool et à l'alun pour la stérilisation des filtres (3).

Les appareils dont nous venons de parler sont excellents dans nos casernes; mais ils sont délicats, fragiles et par conséquent peu transportables. En campagne, il faut recourir à des procédés plus expéditifs et dont on puisse trouver partout les éléments. Le filtre le plus simple, en pareil cas, est celui qu'on fabrique avec une couverture pliée en forme d'entonnoir et placée sur des supports. C'est un mode de filtration très imparfait qui ne convient que faute d'un meilleur et qu'on ne peut employer que pour clarifier rapidement les eaux bourbeuses.

L'instruction du Conseil de santé des armées, en date du 12 septembre 1881, *sur les moyens de corriger l'insalubrité des eaux potables*, indique le mode suivant de filtration extemporanée :

« On place un tonneau défoncé debout sur un chantier élevé. Ce tonneau « est percé à sa partie inférieure d'un trou, dans lequel on enfonce un ro- « seau qui sert de tuyau de décharge. On remplit à moitié le tonneau de

(1) Lacour-Eymard, Expériences sur le filtre Chamberland, système Pasteur, à nettoyage mécanique O. André. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 juin 1893, t. XV, p. 486.)

(2) Voyez la description de cette opération et la figure de l'appareil dans le n° du 20 Juin 1892 de la *Revue d'hygiène*, t. XIV, p. 540, où l'instruction ministérielle est reproduite *in extenso*.

(3) E. Guinochet : Expériences sur le filtre Chamberland, système André. (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1er novembre et 1er décembre 1893).

« cailloux de plus en plus petits et on termine par une couche de sable fin « de rivière » (1). On peut rendre cet appareil plus actif, en mettant entre la couche de cailloux et celle de sable fin, un lit de charbon de bois concassé. Le *Traité d'hygiène militaire*, du docteur Morache, renferme la description d'autres appareils également utiles en campagne.

Dans les armées allemandes, on fait usage du *filtre Jacob* (Sanitcets bericht de 1878). Il est formé d'un tonnelet de bois qui contient des couches de pierres, du charbon, du coke, de la craie et du gravier. La filtration se fait de bas en haut. L'eau à filtrer passe préalablement à travers un tuyau bourré d'éponges, qu'on lave à fond tous les huit jours.

En Egypte, l'armée anglaise se sert, depuis 1883, des filtres Maignen. On en a fait également usage dans un certain nombre de nos garnisons et dans le 18e corps pendant les grandes manœuvres de 1886. Les résultats ont été excellents.

Le filtre Maignen, dit aussi *filtre rapide*, se compose de trois éléments : 1° une poudre noire d'une extrême ténuité, faite de chaux et de charbon (*powdered carbo-calcis*); 2° du charbon animal en grains du commerce; 3° une toile d'amiante, dont le tissage représente un assemblage considérable de fibres, d'où résulte une surface filtrante très étendue. Ces substances sont déposées dans un système de vases, trop compliqué pour que nous puissions en donner la description (2). L'appareil filtre très bien, et d'une façon assez rapide, mais il n'a pas le caractère de simplicité qu'on doit rechercher pour les filtres de campagne et ne convient guère que pour des troupes sédentaires, comme celles que les Anglais entretiennent en Egypte.

Il est enfin des expéditions de guerre, des voyages d'exploration dans lesquels il est impossible d'emporter avec soi des appareils d'un certain volume et où la rapidité de la marche en avant ne permet pas d'installer les filtres extemporanés dont nous avons parlé plus haut. Les colonnes qui évoluent au Soudan, au Dahomey sont parfois dans ce cas, et cependant il n'est guère de points du globe où les eaux soient plus rares et plus insalubres que dans l'Afrique intertropicale. L'eau croupissante des marigots, l'eau bourbeuse des rivières qu'on y rencontre, sont dangereuses au plus haut degré, et il importe d'avoir à sa disposition des moyens d'un emploi facile pour les épurer ou les assainir.

Les agents chimiques seuls remplissent la double condition d'être facilement transportables et d'agir promptement, car la décantation est beaucoup trop lente pour des gens qui meurent de soif et qui n'ont pas le temps de s'arrêter.

Il ne faut donc pas rejeter d'une manière absolue l'épuration chimique, malgré son infériorité sur les autres méthodes. L'alun est le moyen le plus anciennement connu. Ce sel précipite, en quelques heures, toutes les matières insolubles ou en suspension sans rester lui-même dissous en quantité sensible. Les Chinois emploient, depuis un temps immémorial, ce moyen de clarifier leurs eaux potables. Quand l'alumine et le carbonate de chaux dominent dans les dépôts, ainsi que cela se voit pour la Seine à l'époque des crues, l'addition d'une petite quantité d'alun opère rapidement la clarifica-

(1) C. Viry, *Manuel d'hygiène militaire*, 2e édition, Paris, 1888, p. 171.
(2) Voyez : J. Arnould, *Nouveaux éléments d'hygiène*, 2e édition, 188), p. 247.

tion du liquide. L'alun se transforme en sous-sulfate d'alumine et sulfate de potasse et donne lieu à un produit complexe qui se dépose en partie et en partie se dissout. Si la proportion est convenable, il suffit d'un décigramme d'alun par litre de liquide; on n'en trouve plus de traces dans l'eau clarifiée, non plus que de carbonate calcaire. Toutes les matières qui peuvent altérer la limpidité du liquide, telles que le sable fin et la glaise, se trouvent entraînées sous forme de stries longues et épaisses, pendant la précipitation des sels insolubles résultant de l'addition de l'alun (1).

Ce sel constitue donc un excellent moyen de clarifier l'eau ; mais il ne la stérilise pas sûrement, M. Babès ayant à deux reprises signalé l'alun à l'Académie de médecine, comme un destructeur de germes, Max Teich, sur le conseil du professeur Gruber, a soumis son procédé au contrôle du laboratoire et il a reconnu qu'il ne donnait qu'exceptionnellement de l'eau pure de germes, et que leur diminution ne durait qu'un temps très court. Les bacilles typhiques ne souffrent pas du traitement par l'alun ; les bacilles du choléra sont précipités et tués, mais très lentement, et leur destruction n'est pas terminée au bout de 24 heures (2). C'est donc un moyen sur lequel on ne peut pas compter, et dont l'hygiène ne peut conseiller l'emploi que lorsqu'on n'en a pas d'autre à sa disposition. C'est ainsi qu'on y a eu recours avec avantage, en Cochinchine, pendant les premiers temps de l'occupation, pour les troupes détachées dans les postes.

Lorsque les eaux sont trop séléniteuses, on peut les additionner de un à deux millièmes de carbonate sodique ou d'un peu de lessive de cendres de bois ; on en ajoute tant que la liqueur reste neutre. La majeure partie des sels de chaux est précipitée et c'est à peine si, dans ces cas, l'eau acquiert une très légère propriété laxative.

Si l'eau est surchargée de sels magnésiens ou de bicarbon tes terreux, (*eaux calcaires, incrustantes, eaux de certains puits, quelques eaux de montagne*), il faudra la traiter par une petite quantité de lait de chaux clair. Un petit excès ne sera même pas défavorable et disparaîtra, pourvu qu'on agite bien ensuite la liqueur à l'air et qu'on la laisse déposer.

Le docteur Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a proposé de réunir la chaux vive, le carbonate de soude et l'alun pour constituer une poudre à laquelle il donne le nom d'*anticalcaire*, et qui, mêlée aux eaux suspectes, les débarrasse tout à la fois de leurs sels en excès, de leur matière organique et de leurs microbes. Cette poudre contient 9 parties de chaux vive, 6 de carbonate de soude et 1 d'alun, quand c'est le bicarbonate de chaux qui domine ; quand c'est le sulfate, la formule est de 9 parties de carbonate de soude, 5 de chaux vive et 1 d'alun. L'excès de chaux contenu dans les eaux est précipité sous forme de carbonate insoluble et forme un dépôt opalescent qui apparaît immédiatement.

La dose d'*anticalcaire* est de 15 milligrammes par litre et par degré hydrotimétrique. Dans la pratique domestique, on se base sur le goût que

(1) A. Bouchardat. *Traité d'hygiène publique et privée basée sur l'étiologie*, Paris 1893, p. 189.

(2) Der Verfuhsen von Babès sur Gewinnung von Keimfreiem Wasser, par Max Teich, de l'Institut d'hygiène de l'Université de Vienne. (*Archiv fur hygiène XIX*, p. 62. 1893.)

prend l'eau et on s'arrête quand elle devient alcaline. L'eau ainsi traitée, dit M. Berlureaux, reste potable ; elle est même améliorée puisqu'elle perd son excès de sels calcaires. Les microbes sont détruits ou stupéfiés au point qu'ils ne reviennent plus à la vie.

La bactéridie charbonneuse résiste plus longtemps que le bacille d'Eberth; le bacille coli et le bacille virgule du choléra, sont toujours anéantis par la dose d'*anti-calcaire* capable de tuer les microbes vulgaires de l'eau (1).

On a préconisé, dans ces derniers temps, d'autres agents chimiques que ceux-là pour stériliser les eaux suspectes. Dans une note que l'*Union pharmaceutique* a publiée au mois de mai 1893, M. Chicandard conseillait d'y ajouter de 2 à 5 centigrammes de permanganate de potasse par litre, jusqu'à coloration violette persistante, puis, après agitation, d'y projeter quelques pincées d'une poudre organique quelconque (quinquina, réglisse, écorce de chêne) pour enlever l'excès de matière colorante, ou tout simplement de la filtrer sur du charbon animal.

D'après l'auteur, en temps d'épidémie, l'eau purifiée par le permanganate de potasse est la seule (abstraction faite de l'eau distillée) dont on puisse garantir l'innocuité. Cette assertion un peu hasardée a été démentie par M. Coreil (2). Il a reconnu que le permanganate de potasse déterminait dans les eaux suspectes, un abaissement notable du nombre des bactéries, mais qu'il ne les détruisait pas complètement. Il en conclut que ce procédé ne doit pas être recommandé, parce qu'il donne une fausse sécurité et qu'il peut empêcher de recourir à l'ébullition dont les résultats sont certains.

M. F. Watt (3) a proposé un autre procédé qui consiste à ajouter à l'eau du perchlorure de fer, puis de l'eau de chaux ou une solution de carbonate de soude. Il se produit ainsi de l'oxyde de fer qui, en se précipitant, non seulement englobe les matières en suspension, mais qui brûle, de plus, les matières organiques. Il faut agiter vivement le mélange pour obtenir un dépôt plus facile à filtrer. Cette dernière opération est indispensable, après un certain temps de repos.

L'auteur s'est assuré que ce procédé débarrasse l'eau de ses microbes. Après avoir été ainsi traitée et filtrée au papier, elle ne donne plus naissance à aucune culture dans les milieux nutritifs.

Ces différents traitements employés avec discernement peuvent rendre potable une eau très mauvaise ; mais ce ne sont que des palliatifs, que des expédients auxquels on ne doit recourir que quand on ne peut ni bouillir ni filtrer l'eau avec des appareils convenables.

Jules ROCHARD.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE PRATIQUE

Traitement antiseptique des brûlures

Depuis environ une vingtaine d'années, tout le monde admet que la suppuration des plaies doit être considérée comme une complication que l'on

(1) E. Burlureaux. Epuration de l'eau de boisson. (*Archives de médecine expérimentale*, 1er septembre 1892.)

(2) F. Coreil. La purification des eaux. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, janvier 1894, p. 46.)

(3) F. Watt. Méthode simple pour stériliser l'eau destinée aux usages domestiques. (*Chemical news*, 13 octobre 1893.)

doit et peut éviter ; la prévenir quand elle n'est pas encore réalisée — que la plaie soit œuvre du chirurgien ou accidentelle — la tarir quand elle existe déjà, c'est là en somme la clef de voûte de la chirurgie moderne. Et pourtant, les brûlures qui sont des plaies comme les autres, n'ont guère bénéficié des méthodes nouvelles et il faudra sans doute un effort d'esprit à beaucoup pour s'imaginer que, quelle que soit leur étendue, quel que soit leur degré, elles peuvent évoluer jusqu'à la guérison, sans qu'une réaction inflammatoire quelconque vienne entraver la réfection de l'épiderme normal à leur surface. La chose est théoriquement bien évidente mais la pratique a mis sous nos yeux trop de brûlures suppurant longuement et se terminant par les affreuses cicatrices rétractiles que chacun connaît, pour que cette théorie soit admise comme un dogme chirurgical par tous.

Pourquoi ce désaccord apparent — à un point de vue grossièrement superficiel — entre l'évolution de deux plaies ? La réponse est très simple : c'est que les soins minutieux que l'on prend pour une plaie contuse ou par instrument tranchant (a *fortiori* quand il s'agit d'une plaie faite par le chirurgien) on ne les prend pas quand il s'agit de panser une brûlure. Il suffit que les soins soient identiques pour que les résultats soient identiques; autrement dit : « *Le jour où le pansement d'un brûlé sera fait comme une opération d'urgence, digne des soins antiseptiques que l'on prodigue aux autres affections chirurgicales*, l évolution sera celle d'une opération d'urgence.

En consacrant sa thèse inaugurale à cette question, étudiée soigneusement par elle pendant ses quatre années d'internat, Mme Nugeotte-Wilbouchewitch nous apporte la démonstration pratique de ce fait, que « pour les brûlures aux 1er, 2e, 3e et 4e degrés, la cicatrisation sans suppuration est possible et se trouve sous la dépendance de la désinfection précoce et rigoureuse des plaies ; les phases de réaction, d'inflammation et de suppuration peuvent disparaître du tableau clinique des brûlures », et elle appuie cette proposition par 38 observations prises par elle dans les hôpitaux. Par quels moyens pratiques ces résultats superbes ont été obtenus, c'est ce que nous voudrions montrer en analysant brièvement ce travail consciencieux et remarquable entre tous.

Chacun sait aujourd'hui, ou doit savoir, que la peau même normale est porteuse d'une infinité de germes, dont les uns pyogènes. C'est ce principe qui dirige la préparation d'une région avant une opération, c'est celui qu doit diriger le traitement d'une brûlure; il consistera donc à la rendre aseptique ce qui est très souvent possible même quand la suppuration existe déjà ; même si l'on échoue quand la suppuration est déjà établie depuis un certain temps, on la diminuera toujours et ce sera autant de gagné. On conçoit à priori que le *nettoyage*, la désinfection jouent ici le tout premier rôle, et que tout pansement, pourvu qu'il soit aseptique, fera le reste. Quelques topiques pourtant sont peut-être préférables aux autres ; nous en dirons donc un mot après avoir étudié le point capital, la désinfection préalable.

Il suffit d'avoir vu la saleté horrible des brûlés qu'on nous apporte dans les hôpitaux pour comprendre qu'on ne peut faire qu'un nettoyage illusoire de ces plaies douloureuses entre toutes, si l'on n'a recours à *l'anesthésie*. Dans un très grand nombre de cas, c'est elle seule qui permet une application correcte des principes antiseptiques. On ne pourra guère, en somme,

s'en dispenser que s'il s'agit d'une brûlure limitée, recouverte d'un épiderme intact, ou bien au contraire d'une eschare insensible, non entouré de lésions superficielles et cela chez l'adulte seulement. Ces conditions sont exceptionnelles.

Le chloroforme est d'ailleurs bien supporté par les brûlés et même s'il s'agit de brûlures presque généralisées.

Mme Nageotte n'a même pas eu d'incident à noter.

Le brûlé endormi, il s'agit de nettoyer : 1° la région; 2° la brûlure. Pour ce qui est de la région, les moyens ordinaires (brosse et savon, éther, alcool et liquide antiseptique) trouvent leur emploi naturel et il n'y a pas lieu d'insister. Toute la périphérie de la plaie ayant ainsi été bien nettoyée, il faut nettoyer celle-ci ; ce nettoyage diffère un peu suivant la variété de brûlure à laquelle on a affaire.

S'il s'agit d'une *brûlure au 2e degré avec épiderme intact* ou d'une brûlure qui paraît au 1er degré seulement (des phlyctères pouvant se développer plus tard, la conduite doit être la même), il suffit de savonner au moyen de compresses de tarlatane stérilisées par un procédé quelconque et d'un savon antiseptique ; puis on lotionne avec un antiseptique, tel que le sublimé. L'asepsie étant ainsi réalisée on ouvre les grosses phlyctènes seules avec une aiguille quelconque flambée et on applique le pansement.

Pour une brûlure au *2e degré avec phlyctènes déchirées*, on agit exactement de même, sauf qu'on enlève complètement aux ciseaux les lambeaux d'épiderme ; il vaut toutefois mieux employer de l'eau boriquée seulement ; quant au savonnage, il n'a aucun inconvénient et ne détermine même pas de saignement.

La brûlure au *2e degré déjà infectée* est plus délicate à traiter. Après la désintection habituelle, on isole par des pansements spéciaux les phlyctènes qui peuvent encore se trouver intactes ; puis on s'occupe des plaies suppurées ; les lavages doivent être très prolongés, aussi l'eau salée ou boriquée, qui altèrent moins les éléments anatomiques, sont-ils préférables au sublimé. Mais il est impossible de poser de règles fixes dans ces cas et l'on peut user parfois d'antiseptiques puissants.

En procédant ainsi on arrive très souvent à désinfecter complètement la brûlure. Sinon on triomphera définitivement de la suppuration en quelques pansements, à la condition de prendre à chaque fois les précautions antiseptiques voulues. Il est à noter que ces pansements et nettoyages sont de mieux en mieux supportés, à mesure que l'inflammation s'éteint. La suppuration disparaît ainsi au bout de 2 à 3 pansements sur toute la surface à de la plaie la fois.

Relativement aux *brûlures au 3e degré et au delà*, il n'y a rien à ajouter à ce que nous venons de dire, si ce n'est que leur désinfection réclame des soins tout particuliers, à cause de la facilité avec laquelle suppurent les parties mortifiées et celles qui les avoisinent.

Quand les escharres sont superficielles, le mieux est de les enlever complètement le plus tôt possible. Malheureusement, on ne saurait faire ainsi sans danger quand elles sont profondes. La brûlure ayant été désinfectée, il s'agit de la maintenir telle par un *pansement* aseptique si elle n'était pas suppurée, antiseptique si elle l'était, ou si l'on conserve des doutes sur la désinfection d'une brûlure déjà contaminée par des tropiques malpropres.

Nous avons déjà dit que tous les topiques sont bons pourvu qu'ils soient stériles et qu'ils n'ont guère d'importance par eux-mêmes ; deux d'entre eux sont pourtant absolument à rejeter : les pansements humides et gras ils ont, en effet, l'inconvénient d'être douloureux pour le malade, de nécessiter un renouvellement fréquent, et enfin de retarder la cicatrisation.

Les poudres inertes stérilisées pour les brûlures aseptiques, le thiol, l'ichthyol, la gaze iodoformée donnent de bons résultats ; entre toutes ces substances, cependant, la préférence semble devoir être donnée au thiol, dont l'action kératinisante est des plus nette et qui, de plus, a l'avantage de former un vernis à la surface de la plaie.

Nous avons déjà indiqué, au début, les résultats qu'on obtenait en traitant ainsi les brûlures ; il nous reste à dire le temps nécessaire pour la guérison complète, et par là on doit entendre exclusivement le moment où tout pansement devient superflu

Les brûlures au 1er degré ne suppurant jamais quelque soit le traitement, on peut les éliminer, ainsi que celles au 4e degré et au delà, dont la guérison est subordonnée à d'autres conditions que l'asepsie. La guérison demande uen huitaine de jours pour les brûlures au 2e degré, quelle que soit leur étendue ; deux à trois semaines pour celles au 3e degré ; elle s'effectue dans ces deux cas sans laisser de traces. Elle laisse des cicatrices visibles mais non rétractiles pour les brûlures au 4e degré ; les cicatrices des brûlures profondes sont d'autant moins difformes que les brûlures ont moins suppuré.

En terminant cette analyse, il est de mon devoir de recommander chaudement la lecture du mémoire original à tous ceux que la chirurgie intéresse ;ils y trouveront un historique des plus intéressants, de nombreuses observations toutes personnelles qui, mieux que toute argumentation, leur apporteront la conviction de ce qu'on peut obtenir par la propreté chirurgicale. Les faits que nous venons d'indiquer ne sont évidemment qu'un corollaire des doctrines de pathologie générale actuelles, mais il fallait encore faire passer la doctrine du domaine théorique au domaine pratique. Mme Nageotte est, croyons-nous, le premier chirurgien qui l'ait fait d'une façon complète et systématique, aussi son nom devra-t-i rester lié à ce progrès de la chirurgie.

C. W. Du Bouchet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1894. — Présidence de M. Rochard.

Danger des eaux minérales

M. Robin. — Dans la dernière séance, MM. Moissan et Grimbert ont communiqué à l'Académie un travail dans lequel ils déclarent que, d'après leurs recherches personnelles, les eaux minérales livrées à la consommation contiennent des colonies microbiennes diverses et souvent du bacterium coli.

La commission des eaux minérales s'est souvent occupée de cette question, et elle admet que les manœuvres de la gazéification, de l'embouteillage et du décantage sont

les principales causes de l'infection microbienne d'eaux qui sont, pour la plupart, parfaitement pures à leur griffon.

Dans ces conditions, la Commission propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant qui est adopté :

1° L'Académie persiste dans l'opinion déjà formulée qu'on doit surseoir à l'autorisation de toutes les eaux minérales qui ont subi le décantage ou la gazéification.

2° L'autorisation ne sera accordée que si l'eau en instance ne contient aucun bacille pathogène.

3° Le laboratoire de l'Académie sera doté du local, du personnel et des appareils nécessaires pour que la Commission puisse étudier la bactériologie de l'eau pour laquelle on sollicite l'autorisation, afin que l'eau ne soit autorisée que si elle joint la pureté microbienne à la stabilité de sa composition chimique.

L'Académie a le devoir, dans les temps d'épidémies, alors que l'on a recours aux eaux minérales pour éviter les dangers que peuvent faire courir les eaux d'alimentation, d'avertir le public que les eaux minérales, impures, trop souvent, peuvent être aussi dangereuses que les eaux dont il s'abstient ; elle a, en outre, le devoir d'insister pour qu'il ne soit mis en vente que des eaux dont l'Académie aura eu les moyens de constater la parfaite innocuité.

Ces vœux sont adoptés par l'Académie.

Prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés

Le ministre de l'intérieur avait demandé l'avis de l'Académie sur la valeur des instructions relatives à la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, rédigées par la Société Valentin Haüy. Sur la proposition de M. Charpentier, l'Académie fait la réponse suivante :

« L'Académie, tout en reconnaissant l'utilité des prescriptions faites par la Société Valentin Haüy, pense qu'il est impossible de les faire entrer dans la pratique courante ; mais, convaincue de la nécessité de prévenir autant que possible l'ophtalmie des nouveau-nés, elle appelle de nouveau l'attention sur les préceptes qu'elle a déjà formulés en 1892, ainsi conçus :

« Dès les premiers moments qui suivent la naissance de l'enfant, la sage-femme doit lui laver tout spécialement les yeux avec de l'eau que l'on a fait bouillir pour la purifier et que l'on emploiera tiède. »

Les sanatoria d'altitude

M. Pamard (d'Avignon) fait connaître que les départements du Gard et de Vaucluse se sont entendus pour la création d'un sanatorium inter-départemental qui sera établi dans la vallée du Vialaret.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats correspondants nationaux (chirurgie).

Les candidats ont été classés de la manière suivante :

1er M. Dezanneau (Angers) ;

2e M. A. Hergott (Nancy) ;

3e *Ex æquo* MM. Auffret (Brest), Combalat (Marseille), Gaulard (Lille) et Poncet (de Cluny).

BIBLIOTHÈQUE

La pratique dermatologique et syphiligraphique des hopitaux de Paris
Par le professeur P. Lefort. — Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Ce livre résume la pratique de la plupart des dermatologistes parisiens : MM. Balzer, Besnier, Brocq, du Castel, Fournier, Hallopeau, Mauriac, Quinquaud, Tennesson, Thibierge, etc. Il est le reflet de l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis, de l'hôpital du Midi, de l'hôpital de Lourcine et on y trouve traitées les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin et chirurgien. Ce petit ouvrage permet au médecin instruit de se rappeler de ce qu'il a vu, il permet à celui qui, depuis longtemps, s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des diverses méthodes de traitement. Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Acides organiques, par B. Dupuy. — Librairie des sciences pratiques, Paris, 1893.

Les acides organiques constituent une des classes les plus importantes des principes immédiats fournis par les plantes médicinales. Au point de vue chimique, leur étude présente un vif intérêt et il en est de même au point de vue thérapeutique, car chacun sait les services rendus chaque jour par les acides benzoïque, chrysophanique, citrique, lactique, phénique, salicylique.

L'ouvrage est divisé en deux parties distinctes ; dans la première, l'auteur résume les notions générales concernant les acides organiques ; dans la seconde, très développée, chaque acide possède à son rang alphabétique, une histoire complète. Les effets thérapeutiques, le mode d'application, les doses, les formules sont étudiés et discutés de la manière la plus complète et la plus précise.

Ce livre remarquable complète les publications que M. Dupuy avait consacrées aux autres agents thérapeutiques tirés de la nature organique, les alcaloïdes et les glucosides.

La médication par l'exercice, par le docteur Fernand Lagrange, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin consultant à Vichy.

Ce livre vient compléter la série des travaux du docteur Lagrange sur l'*Exercice* et en est comme la conclusion. Ses trois premiers volumes : *La physiologie des exercices du corps*, *l'Exercice chez les enfants et les jeunes gens*, *l'Exercice chez les adultes*, avaient déjà montré comment les notions puisées dans la physiologie du mouvement musculaire pouvaient être utilisées pour favoriser le développement normal du corps et le maintenir en santé. Cette fois son but est l'application de l'exercice et du mouvement à la guérison des maladies. Dans la première partie de ce livre, intitulée *Les effets thérapeutiques de l'exercice*, l'auteur passe en revue les diverses ressources que peut trouver le médecin dans *les mouvements actifs*, *les mouvements passifs* et le *massage* ; puis il étudie les modifications utiles ou nuisibles que peuvent produire dans un organisme malade *la fatigue*, *l'entraînement* et ce qu'il appelle *l'éducation des organes*. Cette partie se termine par deux chapitres essentiellement pratiques ; *les Indications* et *les Contre-Indications* de l'exercice.

Dans la deuxième partie ayant pour titre *Les Moyens d'exercice*, M. Lagrange examine les divers procédés employés pour obtenir les effets curatifs. C'est là que sont étudiées la *gymnastique suédoise* et la *gymnastique allemande* en regard de notre gymnastique

française si dépourvue d'exercices applicables aux malades. On y trouve aussi l'exposé dee *exercices libres* et des *travaux professionnels* utilisables dans un but thérapeutique. La *Cure de Terrains* imaginée par le docteur Œrtel, de Munich, est l'objet d'un chapitre spécial.

Enfin, la troisième partie est consacrée à l'*Application du traitement* ; nous citerons parmi les chapitres les plus importants, ceux qui ont trait aux *Déviations de la taille*, aux *Maladies du système nerveux*, aux *Affections des voies respiratoires*, aux *Maladies du cœur*.

Bien qu'écrivant spécialement pour les médecins, l'auteur s'est attaché, comme dans ses précédentes publications, à se mettre à la portée des esprits suffisamment cultivés. Nombre de chapitres comme l'*Orthopédie dans la famille* intéresseront les parents et les éducateurs ; d'autres, tels que *la Gymnastique respiratoire, la Gymnastique abdominale, le traitement de la neurasthénie*, conviendront aux hommes d'études, aux personnes de vie sédentaire ; les hommes de sport liront avec fruit le chapitre traitant du *rôle orthopédique de l'escrime*. — (1 vol. grand in-8° avec de nombreuses gravures dans le texte et 1 carte coloriée hors texte. — Félix Alcan éditeur.)

PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE DERMATOLOGIE, par L. BROCQ, médecin des hôpitaux, et L. JACQUET, ancien interne de Saint-Louis. — IIe volume. *Maladies en particulier*. 1 vol. petit in-8°, de l'*Encyclopédie des Aides-Mémoire*. G. Masson, Paris 1894.

Ce volume fait suite à la *Pathologie générale cutanée* qui a paru précédemment.

Il renferme, indépendamment des difformités cutanées et des éruptions artificielles, l'important chapitre des dermatoses parasitaires, qui est pour le praticien d'un intérêt majeur et de tous les instants.

Cette étude a été faite dans un esprit éminemment pratique, et de façon à permettre au médecin, qui n'a pu faire d'études spéciales, de reconnaître sans trop de difficulté et de traiter méthodiquement ces maladies si fréquentes.

L'intérêt scientifique n'a d'ailleurs pas été oublié, et en ce qui concerne les teignes, par exemple, sur lesquelles de nombreux travaux ont dernièrement été publiés, l'ouvrage a été tenu au courant des acquisitions les plus récentes.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Nicas (de Fontainebleau), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (MÉDECINE). — Les candidats admissibles à la seconde épreuve du Bureau central (médecine) sont :

MM. Thoinot, Darier, Girode, Ménétrier, Dalché, Capitan, Queyrat, Launois, Barbier, Florand, Toupet, Blocq, Wurtz, Courtois-Suffit, Lesage, Duflocq, Guinon (Louis), Vaquez, Gallois, Bruhl, Degennes, Jeanselme, Kippel, Lyon (Raph.), Lenoir, Mosny, Jacquet, Polguère, Laffite (Bapt.), Springer, Budelo, Léon (Camille), Legry, Etienne.

La prochaine séance (épreuve clinique) aura lieu vendredi 30 mars, à quatre heures et demie, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (concours pour le prosectorat). — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 28 mai 1894, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part au concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures tous les jours, jusqu'au samedi 12 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1894, leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1898.

Concours de l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 15 mai 1894, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 5 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1874; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1898.

Désaffectation de la maison Dubois. — Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal a renvoyé à sa cinquième commission, le projet de délibération qui suit :

« Considérant : que la maison de santé Dubois contient 338 lits, dont seulement 200 sont annuellement occupés; que 150 lits sont occupés à un prix entraînant pour l'administration un déficit constant; qu'il est loisible de répartir ces payants dans d'autres établissements et à meilleur compte; que de ce fait la Maison de santé deviendra disponible; que par suite d'aménagements spéciaux ledit établissement pourrait hospitaliser quatre à cinq cents expectants des hospices de Bicêtre et d'Ivry.

« Délibère : 1° La direction de l'Assistance publique est invitée à prendre les mesures nécessaires pour la désaffectation à bref délai de la Maison municipale de santé ; 2° à présenter au Conseil des plans et devis afin d'aménager cet établissement en vue d'hospitaliser les vieillards reconnus admissibles et en raison de leur ancienneté d'inscription. »

Suppression d'universités italiennes. — Le gouvernement italien vient de décider la suppression des petites universités de Catane, Messine, Modène, Sassari, Parme et Sienne, dont les étudiants ne dépassent pas le nombre de 100 à 400.

Cette mesure permettra de subventionner plus largement les Universités plus importantes.

Congrès de Budapest. — Le congrès international d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Budapest du 1er au 9 septembre de cette année, s'annonce bien.

Le nombre des communications inscrites s'élève à 362 pour l'hygiène et à 78 pour la démographie. Et dans ce nombre ne sont pas comprises les communications appartenant aux médecins d'Autriche-Hongrie.

Aux 19 sections du congrès on en a ajouté une vingtième, consacrée à la Fédération samaritaine », qui se propose de provoquer l'organisation d'une Fédération samaritaine internationale.

En outre, comme annexes du congrès, viendront se joindre les réunions annuelles de la Société de crémation et de la Société des médecins des chemins de fer allemands.

Maternité de Boston. — Depuis 1885, époque où l'antisepsie fut introduite, on a traité à la maternité 3,507 accouchées, 28 seulement succombèrent. En 1893, les hospitalisés furent au nombre de 501 ; une seule succomba à une maladie de Bright. Un service de polyclinique à domicile est annexé, il a été donné, en 1893, des soins à 1,352 accouchées dont 1,316 guérirent, 4 seulement succombèrent. Chaque étudiant a mission de suivre 6 de ces malades à domicile.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

—

Le système nerveux dans la fièvre typhoïde

Les accidents nerveux de la fièvre typhoïde sont très nombreux et très variés ; ils peuvent parfois imprimer à la maladie une allure spéciale, ou encore apparaître à titre de complications. On ne peut donc, dans une courte revue, que donner un simple aperçu de ces accidents, en insistant seulement sur ceux d'entre eux qui ont été l'objet de travaux récents. Un excellent mémoire publié par deux jeunes savants belges, MM. V. Péchère et Funck, nous servira de guide dans notre exposé.

I

Symptômes méningo-encéphaliques. — La lassitude générale du début, la céphalalgie frontale vive qui se produit ensuite sont les premiers symptômes de cet ordre. Peut-être les vertiges et les éblouissements, les bourdonnements d'oreilles tirent-ils encore leur origine d'une irritation méningo-encéphalique.

Bien plus importants sont les phénomènes mentaux, la folie typhique : l'hérédité y prédispose mais n'est pas indispensable, et la prédisposition n'a qu'un rôle secondaire dans les délires de la convalescence (Bucquoy et Hanot) ; l'intensité de l'empoisonnement typhique serait le seul facteur.

Le délire est habituel dans le cours de la dothiénenthérie ; il acquiert parfois une intensité considérable chez les malades prédisposés, et Ball a décrit sous le nom de délire aigu, un délire compliqué d'agitation musculaire incoordonnée, et même parfois de crises convulsives cloniques et toniques.

Mais c'est le délire de la période de déclin et de la convalescence qui a surtout reçu le nom de folie typhique. Tout peut se borner à un simple affaiblissement des facultés intellectuelles qui fonctionnent d'abord imparfaitement ; cet affaiblissement disparaît peu à peu à mesure qne la convalescence progresse.

Les troubles mentaux proprement dits apparaissent pendant la maladie elle-même, faisant suite immédiatement ou non au délire normal, ou se développant seulement pendant la convalescence. Les formes des psychoses sont très variables et nos lecteurs ont pu voir dans une leçon du professeur Potain, tout récemment publiée ici même, que la forme du délire avait souvent fait prendre des dothiénenthériques pour des aliénés. Le plus fréquemment il s'agit de formes mélancoliques, du délire de la persécution (Lasègue). Cependant, dans le délire de la convalescence, apyrétique dans la majorité des cas, il ne faut pas l'oublier, il peut s'agir de conceptions ambitieuses ; d'autres fois on observe des conceptions délirantes sur un objet fixe. Sur 43 cas de folie consécutive à la fièvre typhoïde, Nasse a observé 12 cas de délire de la persécution et 8 cas de délire mélancolique.

Chacun sait la fréquence de la perte partielle ou totale de la mémoire ; elle est loin, quoiqu'on en ait dit, d'être toujours définitive.

Les suicides sont fréquents au cours de la maladie, et il faut s'en défier même chez les malades qui n'ont pas un délire violent.

Mentionnons encore que, d'après Ball, il pourrait se produire une véritable folie circulaire.

Baudry fait jouer un rôle dans la production des troubles mentaux à la fois à l'anémie cérébrale, à la dégénérescence des centres due à l'élévation de la température, à l'action des toxines, etc. Pour Forget, c'est la congestion qui dominerait, tandis que pour Griesinger et Trousseau l'anémie générale, l'épuisement nerveux ont une grande importance pathogénique. Reddon admet que la folie typhique peut dépendre de troubles circulatoires, de lésions méningo-encéphaliques, du développement plus ou moins complet du cerveau (enfants). Il est probable que l'action des toxines est prépondérante dans la genèse des troubles mentaux de la fièvre typhoïde, et on a pu trouver le bacille d'Eberth dans la substance nerveuse ; les hautes températures sont loin d'avoir l'importance pathogénique qu'on leur attribuait autrefois.

II

Méningites. — Un certain nombre d'auteurs ont pu constater l'existence de méningites cérébrales ou cérébro-spinales dans la fièvre typhoïde. Cependant, plusieurs des cas publiés par Fernet, Balp et Breton, Vaillard et Vincent, Neumann et Schœffer, Adenot, ont été contestés par Widal. pour qui il y a eu confusion entre le bacille coli et le bacille typhique. Sevestre a, du reste, décrit un cas de méningite due au coli bacille. Des faits paraissant bien observés et dans lesquels on semble n'avoir trouvé que le bacille d'Eberth, ont cependant été publiés par Mensi et Carbone et Tictine.

Les principaux symptômes de la méningite sont le retour d'une céphalalgie intense, de l'accélération du pouls, des vomissements bilieux, de l'inégalité des pupilles, du strabisme, du nystagmus, de la contracture de la nuque, de la rachialgie, des convulsions, du coma. Mullier accorde une grande valeur diagnostique à la dysphagie qui, seule, permettrait d'affirmer l'existence d'une méningite. Du reste, les symptômes sont souvent relativement peu marqués et on peut dire que les vomissements, les convulsions et les contractures manquent dans la majorité des cas. Le délire méningitique est violent et bruyant, surtout si le siège principal des lésions est la convexité ; il se montre aussi bien le jour que la nuit, et est souvent tnterrompu par des périodes de coma.

D'après Mullier, le meilleur traitement de la méningite consiste dans l'application, dès les premiers symptômes, d'un large vésicatoire sur tout le cuir chevelu préalablement rasé.

III

Localisations centrales. — La congestion cérébrale peut exister dans les premières périodes de la maladie ; elle n'a pas été vérifiée anatomiquement.

L'anémie cérébrale est très fréquente pendant la convalescence et s'accompagne, dans certains cas, d'un délire intense. A toutes les périodes de la

maladie, mais surtout dans la troisième semaine, il peut se produire une anémie localisée et rapide dont la cause réside dans les altérations du cœur et qui est souvent l'origine d'une syncope mortelle.

L'hémorrhagie cérébrale est rare (Merklen), mais l'embolie et la thrombose fréquentes, d'où l'hémiplégie, l'aphasie, etc Il faut noter que ces accidents disparaissent presque toujours. Du Cazal a observé de l'hémiathétose, Calmette de l'hémianesthésie associée à l'hémiplégie.

L'aphasie transitoire a été signalée par un certain nombre de médecins (Kuhn, Longuet, Landouzy) et il s'agissait d'une aphasie corticale. Elle se montre surtout dans la première jeunesse et c'est le sexe masculin qui est le plus frappé. A l'autopsie on a trouvé des lésions variées : œdème cérébral (Buhl), pigmentation diffuse de la substance grise (Hoffmann), etc.; en fait, on n'a pas trouvé de foyer de destruction bien circonscrit et Kuhn attribue l'aphasie transitoire à l'intoxication et aux troubles de la fièvre. La guérison est la règle et elle est soit subite, soit lente et graduelle.

IV

Localisations bulbaires et névroses. Latil a publié l'observation d'un cas de paralysie bulbaire au déclin d'une fièvre typhoïde ; il faut citer aussi les cas de Libouroux, d'Ebstein. On a trouvé l'hémorrhagie, l'inflammation aiguë, la mésencéphalite diffuse chronique. Les principaux symptômes sont les paralysies des membres, la paralysie du voile du palais, les troubles cardiaques et respiratoires produisant une mort rapide et parfois foudroyante. Il faut noter que les phénomènes bulbaires les plus graves ne s'accompagnent pas toujours de lésions discernables à l'autopsie ; aussi Dieulafoy a-t-il admis qu'il peut y avoir une vraie sédération du bulbe par suite d'une action reflexe dont le point de départ, se trouve au niveau des ulcérations intestinales. C'est une des théories destinées à expliquer la mort subite.

La fièvre typhoïde peut jouer le rôle de cause provocatrice vis-à-vis de l'hystérie et elle détermine même parfois l'éclosion d'une névrose n'existant jusque là qu'à l'état latent.

Signalons en passant un travail de Launois, qui a recueilli plusieurs observations montrant que les accès d'épilepsie ne se suspendent pas pendant le cours d'une fièvre typhoïde, et que parfois même ils s'exagèrent.

V

Symptômes médullaires. Il existe dans la science quelques observations de myélite aiguë développée dans le cours de la fièvre typhoïde. On sait maintenant que cette dernière peut devenir la cause d'une sclérose en plaques, développée consécutivement aux lésions artérielles qu'elle détermine. La paraplégie fait partie des paralysies que l'on rencontre dans le cours de la fièvre typhoïde ; elle est rarement totale et les troubles de la sensibilité manquent souvent.

Playaud a étudié l'état des réflexes tendineux ; il a trouvé qu'ils étaient, sur 100 cas de dothiénenthérie, exagérés dans 58 cas, normaux dans 25, affaiblis dans 17.

Mentionnons que Curschmann a attribué la paralysie ascendante aiguë de Landry au bacille d'Eberth ; le même auteur a trouvé le bacille dans la substance blanche.

VI

Symptômes nerveux périphériques. Vulpian croyait que la plupart des accidents paralytiques observés dans la fièvre typhoïde, dépendent d'une lésion médullaire. Peter et Vaillard ont au contraire prouvé qu'un grand nombre de ces accidents dépendaient des névrites; Lancereaux, Bernhardt, Landouzy, Arthand avaient bien accordé une certaine importance aux lésions des nerfs périphériques, mais ils n'avaient pas vu le grand rôle qu'elles jouent. Peter et Vaillard ont trouvé dans les nerfs des territoires paralysés, un grand nombre de fibres atrophiées, dans lesquelles il n'y a plus ni myéline, ni cylindre-axe, et seulement des noyaux ovoïdes disséminés çà et là; un certain nombre de fibres, variqueuses, contiennent encore de petits amas de myéline. Peut-être peut-on penser avec Blocq et Marinesco, que certains cas de paralysies des membres ressortissent à une lésion primitive des centres, lésion déjà réparée à l'époque de la mort ou indéterminée jusqu'ici par l'autopsie, mais le fait est loin d'être prouvé. Il est probable que les lésions des nerfs rentrent souvent dans la névrite segmentaire bénigne de Gombault, avec persistance du cylindre-axe et réparation facile. D'autres fois, le cylindre-axe est atteint, le muscle s'altère et des désordres graves se produisent.

Les symptômes de paralysies typhiques sont nets. Le début est annoncé par des douleurs vives en élancements et fulgarisations. Puis surviennent l'affaiblissement de la force motrice, la diminution de la contractilité électrique. La paralysie s'accentue, les muscles s'atrophient, mais il est remarquable de voir tous ces accidents se localiser dans un territoire nerveux bien déterminé et ne tendre guère à le franchir. Le plus souvent la lésion est curable, mais parfois elle aboutit à une infirmité permanente.

Les névrites apparaissent généralement dans la convalescence, dans certains cas au moment de la période d'état ou de déclin. Il n'est pas de nerf qui ne puisse être atteint; le nerf cubital semble être un des plus souvent frappés. Le pronostic est relativement favorable, car 27 observations ont donné à Pechère et Funk, 77,8 pour 100 de guérisons. Comme traitement, c'est l'électricité qui a donné les meilleurs résultats et, dans les cas graves, il convient de recourir à la galvanisation énergique du tronc nerveux dans toute son étendue.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

On voit bien que nous sommes en pleines fêtes de Pâques, les membres de la Société ne sont pas très nombreux, le public restreint, nos chirurgiens et ceux qui aspirent à le devenir en les écoutant, ont profité des beaux jours que nous traversons pour aller faire un tour à la campagne. Ils ont bien fait; non pas que la séance ait été sans intérêt, on va en juger. Les uns et les autres ont été agréablement surpris de voir au fauteuil de la présidence, notre maître vénéré, le professeur Verneuil, toujours jeune, actif, aimable pour tous.

A propos du procès-verbal, M. Gérard-Marchant demande la parole, et rapporte à son tour un cas de contusion du rein, suivie d'hémorrhagie abondante, traitée par la néphrectomie ; le malade guérit. C'est un cas à peu près

analogue à ceux relatés par MM. Tuffier et Peyrot dans la dernière séance.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, tombé du siège d'une voiture, sur l'angle d'un trottoir, la chute fit sentir ses effets surtout sur la région lombaire.

Un médecin appelé auprès du malade constata, après l'accident, de l'hypothermie, un état syncopal, un pouls petit, et le lendemain de la rétention d'urine. Il évacue par le cathéhérisme un litre d'un liquide analogue à du gros vin rouge du midi. L'hématurie persiste pendant 48 heures. M. Gérard Marchant voit le patient le quatrième jour. Il observe :

1° Du ballonnement du ventre, sa sensibilité, des vomissements, malgré tout il rejette l'idée de péritonite, admet celle de *péritonisme* ;

2° Au niveau de la région lombaire, une tuméfaction extrême, mais à contours indécis, tendue, résistante ;

3° Des ecchymoses : l'une au niveau du canal inguinal, l'autre à la racine de la verge. De plus, le cordon spermatique est infiltré de sang dans toute sa portion accessible, il semble triplé de volume. Cette infiltration du cordon mérite d'être retenue, elle n'a pas encore été signalée. M. Gérard Marchant diagnostiqua une rupture du rein et proposa une intervention. Il rappela qu'en 1886, alors qu'il suppléait M. Reclus à Bicêtre, il n'intervint pas dans une déchirure du rein et que le malade mourut de septicémie.

L'orateur, en proposant l'intervention, se rappela que la déchirure du péritoine, dans la contusion du rein, est fréquente chez l'enfant, rare chez l'adulte; aussi, comme son malade avait 37 ans, et, après s'être assuré qu'il n'y avait pas d'autres lésions abdominales indiquant une laparotomie, il fit une longue incision lombaire s'étendant de la douzième côte à l'épine iliaque antéro-supérieure. Il trouva la région infiltrée de sang, qui s'écoula abondamment après incision des aponévroses. Il ne trouva pas d'infiltration d'urine au niveau du foyer traumatique, c'est là, d'ailleurs, un fait constant d'après les observations connues. M. Gérard Marchant trouva le rein divisé en deux fragments qui étaient encore attenant l'un à l'autre, put extraire facilement la partie inférieure de la glande, mais eut quelques difficultés pour extraire le fragment supérieur qui ne s'énucléa facilement qu'après incision de la capsule propre qui le recouvrait.

Les suites opératoires furent des plus simples. L'excrétion urinaire revint assez promptement au taux normal.

En terminant son intéressante communication, l'orateur insiste sur la division du rein en deux fragments, sur ce que la substance rénale présentait des îlots privés de sang, prêts au sphacèle. Il ne veut pas défendre la néphrectomie d'emblée dans les contusions du rein, elle lui paraît indiquée dans les cas analogues au sien, où il y a division presque complète du rein, il accepte la suture comme M. Tuffier, ou le placement de pinces à demeure comme M. Peyrot, lorsque la déchirure est moins étendue.

M. Brun dépose entre les mains du président une observation et des photographies envoyées par M. Audain, elles ont trait à une hernie lombaire chez un jeune enfant.

Puis recommence la discussion sur les *plaies du crâne par balles de revolver*.

M. Polaillon dit qu'il avait été assez enclin, il y a quelque temps, à intervenir dans les plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver, mais il tient à rapporter quelques cas qui ne sont guère en faveur de l'intervention.

C'est d'abord un garçon de 14 ans qui s'était tiré une balle de revolver dans la région temporale droite. M. Poirier, appelé dans le service du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, fit la trépanation, le cathétérisme du trajet, sentit le corps étranger, put l'extraire; le malade a guéri, mais après suppuration de la plaie et bourgeonnement de l'encéphale.

Dernièrement, M. Polaillon a eu à traiter une jeune fille qui s'était, elle aussi, tiré un coup de revolver dans la région temporale droite. Il y avait plaie pénétrante; pendant les 48 premières heures, aucun symptôme cérébral. Le 3e jour, céphalalgie frontale intense, douleur à la nuque, température : 38°. Le 4e jour, malgré l'application de glace sur le crâne, on observe tous les symptômes d'une encéphalo-méningite. M. Polaillon fit une trépanation exploratrice, la balle ne put être trouvée, la malade mourut malgré un cathétérisme des plus prudents, il y avait eu fausse route.

Chez un troisième malade qui s'était tiré un coup de revolver dans la région frontale gauche, et chez lequel il y avait une perforation du crâne s'accompagnant de coma, de pouls lent, de respiration lente, M. Polaillon débrida les parties molles, trouva sur les bords du trou osseux un fragment de balle, fit une exploration du trajet avec une sonde aseptique à boule olivaire, d'un diamètre de 4 millimètres environ, comme on le recommandait ici il y a quelques jours. L'instrument pénétra sans résistance jusqu'à l'occiput, l'exploration fut négative. Le malade mourut. A l'autopsie, il fut absolument impossible de retrouver la balle en hachant le cerveau, en le pétrissant même.

Avec la sonde molle, il y avait eu fausse route.

Derrière la plaie osseuse, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres, il y avait un trajet intra-cérébral contenant des esquilles, plus profondément un autre trajet, mais celui-là avait été fait par la sonde.

Ces faits, comme on le voit, sont peu en faveur de l'intervention. Il ne faut opérer que quand il y a des phénomènes localisés ou des signes d'encéphalo-méningite ou du coma.

M. Monod, secrétaire général, communique ensuite une observation de M. Dayot fils (de Rennes). Il s'agit d'un homme de 32 ans qui, après s'être tiré, dans la région temporale droite, un coup de pistolet Flaubert, éprouva quelques vertiges, mais ne perdit pas connaissance. M. Dayot constata bientôt chez son malade une température de 38°2, du gonflement, de la rougeur, du pus au niveau de la région blessée, et pas le moindre symptôme de pénétration.

L'état de la plaie commandait l'intervention, il fallait l'aseptiser, elle fut incisée crucialement, l'opérateur découvrit une perforation du crâne comme taillée à l'emporte-pièce du volume d'une lentille, il l'agrandit jusqu'à ce que son diamètre atteignit celui d'une pièce de 2 francs, trouva des esquilles, la dure-mère perforée et put voir la substance cérébrale. Il ne rechercha pas le projectile, au bout d'un mois la cicatrisation était obtenue, le malade guéri, il avait gardé son projectile.

M. Verneuil. — C'est là une observation capitale : Deux faits sont à retenir; 1° pas d'extraction du projectile ; 2° guérison.

M. Monod, à son tour, rappelle quelques faits de sa pratique.

Il a observé d'abord un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale droite, chez lequel il nota un état comateux, une perfora-

tion du crâne sans fracas osseux, il ne fit point d'exploration, le malade mourut dans la soirée ; il en a vu un second, dans un état comateux encore, il n'a rien fait, il y a eu mort rapide, l'autopsie n'a pas encore été pratiquée. Chez un troisième malade qui s'était tiré un coup de revolver dans la région frontale, et qui ne présentait aucun symptôme cérébral, M. Monod a trouvé, après débridement de la plaie extérieure, un fragment de balle sous la peau, puis un deuxième fragment incrusté dans la paroi osseuse. Il n'y avait pas de pénétration. Le malade a guéri, M. Monod doit lui avoir rendu service en désinfectant soigneusement le trajet. Chez un quatrième malade, qui s'était tiré dans la région temporale, un coup de carabine Flobert, M. Monod put constater une cécité absolue par section du nerf optique, des accidents cérébraux assez graves, il n'intervint pas. Depuis, un spécialiste a enlevé l'œil, mais n'a pas trouvé la balle ; le patient a du plomb dans le cerveau, il le supporte bien.

M. Quénu. — M. Polaillon a dit qu'il interviendrait dans les plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver, même s'il y avait coma. Pour moi, c'est une contre-indication formelle.

S'il n'y a pas d'accidents cérébraux, j'interviens pour désinfecter la plaie. La désinfection cérébrale est aléatoire, car au bout de quatre ou cinq essais on peut être obligé de trépaner secondairement pour un abcès cérébral, c'est ce qu'a fait M. Broca pour un malade auquel j'avais fait la trépanation.

M. Monod n'intervient ni dans le coma, ni en l'absence de phénomènes cérébraux.

M. Reclus rappelle qu'il y a quelquefois coma par compression cérébrale, une balle peut blesser la méningée moyenne ; s'il y a coma, il semble, dans quelques cas au moins, rationnel d'intervenir d'après ce que nous savons des bons effets du trépan dans les épanchements intra-craniens dus à une blessure de l'artère méningée moyenne.

M. Quénu. — La réflexion de M. Reclus est peut être juste, mais il faudrait apporter des faits. Dans un cas où une balle avait blessé la méningée moyenne, je l'ai liée, mais il me semble que la perforation cranienne doit empêcher, en permettant l'écoulement du sang, la compression du cerveau.

M. Polaillon. — Le coma n'est point une contre-indication absolue à l'intervention. Chez un malade de mon service, victime de la bombe de Vaillant et qui avait une plaie pénétrante de la région pariétate gauche, M. Lejars a fait la trépanation, la plaie a suppuré, le cerveau battait au fond de la perte de subtance cranienne, le malade a présenté des accidents convulsifs dans le bras droit. J'ai désinfecté la plaie, au bout de 2 jours une esquille est sortie, les convulsions ont disparu, le malade a guéri.

M. Delorme. — Sans doute, dans les plaies par balles de revolver l'épanchement sanguin intra-cranien doit être rare, puisque la perforation cranienne est une soupape de sûreté. Toutefois, le pansement obture l'orifice. Il faut enfin ne pas oublier que le coma est quelquefois un symptôme des abcès cérébraux.

M. Verneuil ne croit pas que le coma serve à grand'chose pour dicter l'intervention ; il rappelle l'exemple d'un malade de son service qui, après être resté deux jours dans la coma, a parfaitement guéri sans intervention.

M. Verneuil donne la parole à M. Poncet (de Lyon), qui nom fait, en son

et en celui de M. Jabenlay, une communication sur le manuel opératoire de l'exothyropexie.

Il rappelle que les goitres peuvent diminuer de volume après incision de leurs enveloppes. Mais ce n'est pas là une exothyropexie véritable.

Pour pratiquer cette dernière opération, il faut, après avoir provoqué la stase veineuse dans la veine jugulaire antérieure pour éviter ce vaisseau, faire une incision cutanée allant du cricoïde au sternum, diviser la ligne blanche cervicale, écarter les muscles et dénuder les lobes thyroïdiens avec les doigts. Si les lobes sont volumineux, il peut être nécessaire de faire un débridement transversal des parties molles pré-thyroïdiennes. Il faut ensuite luxer les lobes successivement à travers les parties molles, en ayant soin de ne pas se rapprocher de leurs extrémités à cause des vaisseaux, et de ne pas glisser les doigts derrière eux, parce qu'on comprimerait la trachée. Il faut que les doigts tirent sur la partie moyenne des bords latéraux des lobes.

S'il s'agit d'un goitre plongeant il faut encore, laisser les doigts sur les parties latérales de la tumeur, ne jamais les porter en arrière d'elle.

Pendant l'opération, il ne doit pas y avoir d'hémorrhagie. En somme, il y a deux temps dans l'exothyropexie : 1° découverte du corps thyroïde; 2° luxation des lobes.

Quand il s'agit d'une hypertrophie bilatérale, il ne faut pas tirer longtemps sur un lobe, il faut se hâter; l'autre lobe, dans ce cas, peut comprimer la trachée.

Pas de réunion, pas de gaze iodoformée, la plaie doit être recouverte de gaze stérilisée. Le pansement sera renouvelé le 4e jour; à cette époque, on ne bourre plus la plaie, la peau revient au contact des lobes thyroïdiens; elle peut présenter de l'entropion après rétraction de l'organe, mais tout s'arrange bien.

M. Poncet ajoute que dans les goitres à parois calcifiées, fibreuses, épaisses, l'exothyropexie est contre-indiquée.

Dans les goitres kystiques, les tumeurs disparaissent vite sinon on peut les énucléer après l'exothyropexie.

Si les goitres kystiques sont facilement énucléables, il n'en est pas de même des goitres charnus; ici la luxation de la thyroïde rend de très grands services, tandis que dans les autres goitres, l'énucléation surtout préconisée par Socin, peut être mise en parallèle avec l'opération du professeur lyonnais.

Une petite discussion s'engage entre M. Poncet et Peyrot sur la dénomination de goitre kystique et goitre parenchymateux. Tous deux tombent d'accord pour en revenir à la distinction éminemment chirurgicale des goitres en : goitres encapsulés, goitres non encapsulés.

M. Tillaux rappelle à ce sujet qu'il a fait, il y a bien des années déjà, une distinction entre le goitre hypertrophique qui envahit toute la glande et les tumeurs intra-thyroïdiennes.

Dans ces dernières, après l'opération, il n'y a pas de myxœdème, parce que le tissu thyroïdien refoulé sur les parties latérales de la glande est respecté par le chirurgien, comme la parotide refoulée au fond du creux parotidien, dans certaines tumeurs de cet organe.

Enfin arrive la présentation des malades et des appareils.

M. Delorme montre un soldat qui, à la suite d'une entorse (laquelle? cou de-pied, genou), a, quand il marche et que le mouvement d'extension de la jambe est au complet, tous les trois ou quatre pas, une sorte de déclanchement de l'articulation du genou, qui ramène la jambe en flexion sur la cuisse. C'est, en somme, comme le dit notre voisin de la presse, un genou à ressort. Le chirurgien du Val-de-Grâce demande à ses collègues une explication de ce singulier fait.

M. Verneuil rappelle que la compression, autrefois très en faveur dans les tumeurs du sein, ne doit être appliquée qu'à certaines d'entre elles, en particulier dans les mammites chroniques (certains cas de la maladie de Reclus, la maladie noueuse de la mamelle de Tillaux et Phocas, etc.). Or, la compression est difficile à faire avec les bandes, elle doit être souvent renouvelée. Après avoir fait mouler le thorax des malades atteintes de tumeurs mammaires justiciables de la compression, M. Verneuil a fait construire, sur le moule obtenu, une sorte de petite cuirasse fort légère (en cuir bouilli) qui se serre à volonté par des boucles placées au niveau de la colonne vertébrale. A mesure que la tumeur diminue, l'espace vide est comblé par de l'ouate. La compression ainsi faite est une méthode excellente, on doit y joindre le traitement médical, purgatifs, bains, arsenic surtout. L'éminent maître rapporte quelques cas qui prouvent combien la compression est efficace, on peut, en l'employant à bon escient, éviter des amputations mammaires trop souvent faites sans qu'il en soit besoin.

A. D.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la lithiase urinaire

I. Colique néphrétique

Calmer la douleur par les injections de morphine, 1 ou même 2 centigrammes.

Grand bain tiède de une heure à une heure et demie, que l'on pourra renouveler dans la journée.

Si le malade peut supporter les boissons, donner de grandes quantités d'eau de Contrexéville ou d'eau d'Evian. Dans le cas contraire, lait glacé ou champagne frappé par cuillerées.

Chez l'enfant au-dessus de cinq ans, le traitement est le même que chez l'adulte. Au-dessous de cet âge : bains chauds, dans leur intervalle, cataplasmes très chauds sur le ventre, les flancs et l'hypochondre ; en cas de non-soulagement, stypage ou application d'une compresse arrosée de quelques gouttes de chloroforme. S'il y a des douleurs excessives, inhalations de chloroforme ou d'éther jusqu'à un certain degré d'anesthésie, sans attendre la résolution musculaire (Le Gendre). Lorsque l'estomac est tolérant, on peut donner un peu de morphine ou de belladone. Lavements froids.

II. Crises subaigues plus ou moins intenses

Régime et hygiène sévères (voir plus loin). Boire tous les matins une bouteille d'eau d'Evian ou de Vittel, additionnée de 0,50 de benzoate de Lithine. A chaque repas, prendre un cachet de 0,50 de salol et une cuillerée de la potion suivante :

Eau chloroformée saturée......	150 cc.	
Eau de tilleul..................	100 —	
Sirop de fleurs d'oranger	50 —	(Grasset)

III. Dans l'intervalle des crises

A. *Régime* :

Sont défendus : Oseille, tomates, asperges, gibiers faisandés, fromages trop avancés, haricots, pois, lentilles ; — eau-de-vie et boissons très alcooliques, vins mousseux, cidre lait, eaux très gazeuses.

Permis en très petite quantité : gibier et viandes froides, œufs, poissons, crustacés, pommes de terre, haricots verts, petits pois, choux. Peu de pain.

Permis : Viandes blanches, chicorée, épinards, laitues et salades diverses, artichauts, cardons, salsifis, etc. Lait (excellent), vin rouge ou vin blanc sec et léger et coupé avec de l'eau d'Evian ou de Vittel. Beaucoup de fruits. La cure de raisin est utile.

D'une manière générale, manger peu et bien mastiquer. Boire, au lever et au coucher, de l'eau de Vals (St-Jean), de l'eau de Vittel, d'Evian, de Contrexéville ou simplement de l'eau pure, ou encore les décoctions de queues de cerises, de chiendent, etc. Il faut que le malade boive assez, soit aux repas, soit dans leur intervalle, pour rendre à peu près un litre et demi d'urine dans les vingt-quatre heures.

Eviter la constipation. Si les garde-robes ne sont pas régulières, prendre le matin, depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche, de poudre de tartrate de potasse et de soude (sel de Seignette) dans un verre de macération de racines de réglisse (Delpeuch) ; — ou bien encore un verre d'eau de Châtel-Guyon. Vider la vessie fréquemment.

Exercice le plus agréable au malade : escrime et marche, gymnastique de chambre, jardinage, etc. (ne pas insister sur l'équitation). Une fois le malade en sueur, il se changera et sera bien frictionné avec des linges secs ; les refroidissements sont à éviter avec le plus grand soin.

Le matin, soit lotion tiède suivie de frictions, soit frictions au gant de crin. Bains alcalins deux ou trois fois par semaine.

B. *Traitement médicamenteux.* — Deux médications, la médication alcaline et la médication diurétique.

Alcalins. — Benzoate de lithine, de 1 à 2 grammes par jour en deux doses, une heure avant chacun des deux principaux repas. Continuer pendant dix jours chaque mois et ne prendre pendant le reste du temps que la médication diurétique. Le bicarbonate de soude est très employé, mais moins efficace :

Bicarbonate de soude........	2 grammes
Acide tartrique pulvérisé	1 —
Magnésie calcinée	0 gr. 75 (Lemoine)

pour un paquet. Un une heure avant chaque principal repas.

Une fois le sel alcalin pris, le malade doit boire un verre de lait, d'eau de Vichy, d'eau de Royat.

Diurétiques. — Eaux à minéralisation faible : Evian, Contrexéville, Vittel, Une cure chaque année ; si le malade ne peut se rendre aux stations, il devra, aux changements de saisons boire pendant un mois, le matin en se promenant, à peu près un litre et demi de ces eaux, et en couper ses boissons pendant les repas. Tisane de stigmates de maïs (20 grammes par litre d'eau) ; 50 centigrammes à 2 grammes de benzoate de soude par jour. Pepirazine, 1 gramme dans 600 grammes d'eau alcaline ; dissoudrait les calculs (?)

Gravelle oxalique

Supprimer les aliments riches en acide oxalique : oseille, tomates, rhubarbe ; Bouchardat proscrit aussi le lait, les boissons gazeuses, les fromages. Insister sur les viandes, les poissons, les pâtes alimentaires. Le seul alcalin pouvant être utile est le phos-

phate de soude, 1 gramme après les repas et le soir en se couchant. Médication diurétique. La gravelle oxalique peut se produire chez l'enfant trop tôt nourri de soupes et de bouillies : les remplacer par le lait et les œufs.

BIBLIOTHÈQUE

Les excentriques ou déséquilibrés du cerveau, par le docteur Moreau de Tours. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1894.

Les *Excentriques*, véritables déséquilibrés du cerveau, forment une classe de gens plus nombreuse que l'on ne saurait croire. Le docteur Moreau de Tours vient de faire paraître un travail des plus curieux sur ces individus. Après avoir décrit le caractère psychologique de l'excentrique, il nous montre par des faits nombreux que l'excentricité suit une progression sans cesse croissante, chacun cherchant à faire mieux que son devancier. D'un point de départ simple, logique même, on arrive par une filière insensible à ces actes véritablement stupéfiants et qui semblent sortis du cerveau d'un romancier fécond. Cependant, ce travail contient un enseignement : il nous explique ce qui se passe, en partie, dans les temps de trouble et de révolution et le rôle capital que joue alors l'imitation. Inoffensifs en temps ordinaire, les déséquilibrés du cerveau deviennent, au moment des révolutions et des émeutes, des instruments inconscients, mais redoutables, entre les mains de ces hommes que l'on trouve toujours à la tête des mouvements populaires.

COURRIER

Distinctions honorifiques. (Dévouement au cours de l'épidémie cholérique de 1893). — *Médailles d'argent* : M. le médecin-major de deuxième classe Pétois ; MM. les médecins aides-majors de première classe Jaubert, Gilles, Viataneix et Zumbdehl.

M. Thomas, sergent d'infirmiers.

Médailles de bronze : MM. les soldats infirmiers Berny, Chevalet, Demangeon et Bitschnau.

Maison nationale de Charenton. — Il sera ouvert, le lundi 16 avril 1894, un concours pour l'internat dudit établissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison nationale l'arrêté fixant les conditions d'admission et le programme du concours.

— Le Conseil municipal vient d'accepter, sur la proposition qui lui en a été faite par l'assemblée générale des ambulances urbaines, la remise complète de ses services. Cette œuvre a pour but, comme on le sait, de centraliser les renseignements relatifs aux accidents survenus sur la voie publique et d'y porter secours sans retard.

Deux nouveaux postes doivent être créés le plus rapidement possible, l'un sur la rive droite de la Seine, l'autre sur la rive gauche, indépendamment du poste de l'hôpital Saint-Louis, qui existe déjà.

Une séparation absolue sera maintenue entre le service de transport des contagieux tel qu'il est fait actuellement par la Ville et le service des ambulances urbaines tel qu'il est pratiqué par l'Œuvre des ambulances urbaines, et tel qu'il sera désormais pratiqué par la ville de Paris.

La dénomination d' « Ambulances urbaines » sera conservée.

Amphithéâtre des hôpitaux. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront à Clamart, le lundi 2 avril 1894.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre d'anatomie à partir du 10 mars.

Des conférences d'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

— Les sages-femmes de Zurich et de la Confédération viennent de tenir récemment dans cette ville un Congrès ayant pour but de fonder une Société suisse de sages-femmes.

— M. Milne-Edwards, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours de zoologie (mammifères et oiseaux) le lundi 2 avril 1894, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de Zoologie, Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Le professeur traitera de l'organisation, de la classification et de la distribution géographique des oiseaux.

A partir du 7 mai, la leçon du lundi aura lieu à dix heures du matin, dans les galeries de Zoologie, dans le laboratoire ou dans la ménagerie.

— Le train spécial allemand qu'on avait projeté pour Rome n'aura pas lieu. Les chemins de fer allemands n'accordent aucune faveur aux congressistes.

Nécrologie. — MM. les docteurs Béziers (de Caen); Deligny (de la Fère-en-Tardenois); Durand (de Druges); Ginet (de Poussan); A. Niepce, ancien inspecteur des eaux d'Allevard; Rouquette (de Marseille); Stéfani (de Sari d'Orcino), et Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, médecin-inspecteur du service de santé militaire.

Corps de santé de la marine. — *Au grade de médecin en chef* : M. le médecin principal Bodet.

Au grade de médecin principal : M. le médecin de première classe Négadelle.

Au grade de médecin de première classe : M. le médecin de deuxième classe Chové.

— La Commission d'enquête sur la marine paraît s'intéresser à ce qui concerne le corps de santé. Nous trouvons, en effet, dans le fameux questionnaire, les demandes suivantes :

Quel est le cadre des médecins de la marine? Quels services doivent-ils rendre? Y a-t-il beaucoup de médecins de réserve? Combien nous faudrait-il de médecins en temps de guerre? Combien en avons-nous avec la réserve? Combien l'Angleterre a-t-elle de médecins pour tout son personnel naval, arsenaux, Royal mariners, Coast guards, etc? A-t-on suffisamment séparé le cadre des médecins métropolitains du cadre des médecins coloniaux?

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

BULLETIN

Sur la séance annuelle de l'Association générale des médecins de France

La trente-cinquième assemblée générale de l'Association des médecins de France a eu lieu le dimanche 1er avril. Aucune discussion orageuse ne s'annonçait ; l'intérêt principal de la réunion, c'était l'évolution qui se poursuit en ce moment dans les idées et dans les faits, relativement à l'organisation des sociétés de secours mutuels et aux associations diverses qui ont pour but l'assistance en cas de maladie.

Cette évolution, M. le président Lannelongue l'a marquée éloquemment dans son discours. Après les quelques mots de souvenir adressés aux membres de l'association disparue, à Charcot, à Peter, à Le Fort, etc., l'orateur fait une heureuse allusion à la forme nouvelle et précise qu'ont revêtue depuis quelques années les notions de mutualité et de prévoyance, aux efforts des législateurs, à la loi en préparation sur les sociétés de secours mutuels, à l'article 7 du nouveau projet autorisant les « unions », c'est-à-dire les fédérations de sociétés analogues à la nôtre, article auquel M. Lannelongue, député, a énergiquement collaboré. Il termine en félicitant l'Association de n'avoir rien à changer à ses statuts, à ses traditions, à son « hérédité », pour suivre le mouvement qui nous entraîne tous, pour répondre efficacement aux tendances et aux besoins nouveaux.

Le rapport de M. Brun constate une fois de plus la prospérité de nos finances et l'accroissement de notre capital, d'où résulte qu'au 1er avril 1894, l'avoir de l'Association, non compris les rentes constitués et les nues propriétés, est de 1,717,322 francs. M. Philbert, dans son rapport sur la gestion financière, n'avait pas besoin d'un grand effort pour provoquer l'approbation et les chaleureux applaudissements des auditeurs, à l'adresse du trésorier toujours vigilant, toujours aimé.

Dans un lumineux compte rendu de la situation et des actes de l'Association pendant l'année 1893, M. Lereboullet touche avec bonheur la plupart des questions qui ont intéressé le corps médical, déplore le dédain avec lequel l'administration et les pouvoirs publics continuent d'accueillir nos vœux, signale avec vigueur et indépendance les défauts du récent décret du ministre de la justice relatif aux honoraires des expertises médico-légales, à la nomination des experts, etc., et ceux de la nouvelle loi militaire qui règle le service des étudiants en médecine dans des conditions si peu conformes à l'équité et au bon sens. Il annonce l'élévation du taux des pensions nouvelles à 800 francs, revient sur les questions toujours palpitantes d'indemnité-maladie... mais nous publierons bientôt un résumé de cet important discours.

La séance se termine par un rapport sur les demandes de pensions viagères, que M. Molet a écrit non seulement avec sa plume élégante et facile, mais avec son cœur ; et par un vote pour le renouvellement partiel du Conseil général, qui nomme MM. Cornil et Colin, vice-président, en

remplacement de M. Peter, décédé, et de M. le baron Larrey, démissionnaire, et MM. Delvaille, Reynier, A.-J. Martin, membres nouveaux.

Le soir, les présidents et délégués des sociétés locales, les membres du bureau et un grand nombre de confrères parisiens étaient réunis à l'Hôtel Continental. Les toasts suivants ont été portés :

Par M. Lannelongue :

J'entends dire partout que la vieille gaiete française a diparu, qu'on n'a plus même après un bon dîner ces élans joyeux d'antan, ces abandons sans aucun souci des choses, qui découvrent si heureusement l'âme humaine, et qu'on est aujourd'hui étroitement enveloppé par un esprit quelconque, nouveau ou futur, qui a pris la place de la foi réaliste et robuste de nos aïeux, du vieux Rabelais pour ne pas remonter plus haut. Eh bien, si tout cela est vrai, c'est que l'air fourmille de germes inconnus de maladies nouvelles et mon plus pressant devoir à cette heure est de faire appel à votre science et à votre dévouement.

Au nom de la santé publique dont vous êtes les gardiens vigilants, je vous demande de réagir et de protester par l'exemple de la plus franche cordialité, de l'accord le plus parfait, de la sérénité de vos consciences, toutes choses qui font la bonne humeur, qui rendent la vie douce et l'esprit d'autant plus aimable qu'il est noyé dans de copieuses rasades.

Hérédité oblige comme noblesse.

Je porte votre santé, Messieurs les Présidents et les délégués, et je bois à la prospérité indéfinie de l'Association générale des médecins de France.

Par M. Delvaille, au nom des Sociétés locales :

Messieurs et chers confrères, un soldat français doit être toujours prêt. On lui dit que l'ennemi est là il doit faire son devoir.

C'est mon cas aujourd'hui, on me dit à l'instant qu'au nom des délégués des Sociétés locales, je dois répondre au toast si plein de cœur et si spirituel que vous venez d'entendre.

On s'est souvenu sans doute que j'ai servi dans la légion étrangère. Je veux dire que j'ai parfois fait ici, à la sollicitation d'amis trop indulgents, des toast à tort et à travers.

Aujourd'hui, on me met dans l'armée active, on m'oblige à répondre à notre cher Président.

Je n'avais, il est vrai, qu'à lui dire, comme c'est un Maréchal, — vous voyez que je reste dans les choses de l armée. — « Mon cher Président, continuez. » Mais je veux aller plus loin et je lui dis : continuez et redoublez. Déjà, à votre début dans les présidences, vous avez prouvé que vous saviez nous diriger et nous conduire. Mieux encore, pour compenser l'insuccès d'une utopie généreuse que votre cœur avait inspirée, vous avez versé dans notre caisse des retraites la somme de six mille francs,

Maintenant, appelé par la confiance de vos compatriotes, vous êtes amené à défendre à la Chambre notre association fraternelle et le Corps médical français tout entier.

Vous avez déjà soutenu nos intérêts dans les Commissions. Le jour où vous monterez à la tribune, vous plaiderez notre cause avec votre esprit et avec votre cœur. Merci à vous. Messieurs, je vous propose un double toast : au député Lannelongue, à notre cher Président Lannelongue !

Par M. Brouardel :

Messieurs,

Notre président vient de faire allusion à des microbes, à des germes funestes qu menaçaient de détruire la vieille gaieté française. Je viens, à mon tour, vous parler

d'un microbe, celui de la chicane. Son action parmi nous est singulière, elle paraît plus bienfaisante que nuisible. Aussitôt qu'il paraît, tout s'arrange, se concilie; c'est un microbe qui porte avec lui son vaccin, son phagocyte. Voyez, en effet, comme vos conseils judiciaires savent triompher de toutes les difficultés qui se présentent et nous rendre de signalés services. Pour ma part, j'ai un plaisir tout particulier à saluer ici M. Liouville qui tient si étroitement au corps médical, et qui, avant de nous appartenir par le talent qu'il met à notre dispositiion, était déjà des nôtres. Qui ne se souvient du regretté Liouville, qui ne se souvient de Horteloup? D'autres se rattachent aussi au corps médical par des liens moins directs; nous leur avons voué la même affection et nous avons pour eux la même reconnaissance. Messieurs, je bois à la santé de nos excellents conseils judiciaires.

Par M. Liouville :

J'éprouverais quelqu'embarras à répondre aux aimables paroles que vous venez d'entendre si je devais les attribuer à tout autre sentiment qu'à celui d'une excessive et — Monsieur le doyen me permettra de le dire — d'une affectueuse courtoisie.

J'éprouverais cet embarras non pas seulement à raison de tout l'esprit que M. Brouardel a mis dans son toast, mais parce qu'il y aurait vraiment trop d'immodestie de ma part d'accepter à un autre titre les compliments de bienvenue qu'il a bien voulu adresser au conseil judiciaire de votre Association. Grâce, en effet, Messieurs, à l'éminente direcrection des hommes que vous avez mis à votre tête, grâce à la longue et sage expérience de votre vénéré trésorier, M. Brun, il faut bien le dire, au bon renom et à l'influence dont jouit au dehors l'Association générale des Médecins de France, les difficultés juridiques, quand elles osent se produire, sont aussitôt tranchées.

Bien rares sont les occasions où notre concours devient nécessaire et, comme dans les familles bien portantes où l'on n'appelle le médecin que parce qu'il est l'ami, votre conseil général, Messieurs, nous convoque surtout à des réunions comme celle-ci où c'est tout plaisir pour nous de nous rencontrer avec les hommes distingués qui honorent leur profession et d'apprendre avec eux à mieux connaître, en même temps que leurs intérêts et leurs besoins, cette grande association, à laquelle (il me sera permis de le dire, et vous comprendrez après le souvenir évoqué par M. Brouardel et dont je le remercie, que je ne puisse le faire sans quelque émotion) tant de liens me rattachaient qu'avant même que je fisse partie de votre conseil judiciaire, il me semble que, de cœur tout au moins, j'étais déjà des vôtres.

Mais si les affaires contentieuses ne nous absorbent pas, ce n'est pas que nous assistions désintéressés aux conseils de votre comité directeur. Il se produit en ce moment au sein de votre œuvre une évolution qu'appellent de leurs vœux la plupart d'entre nous et qui ne peut laisser indifférents vos conseils judiciaires, évolution qui tend à ajouter encore au bien que vous faites, mais devant laquelle se sont dressés jusqu'ici des obstacles juridiques qu'aucune bonne volonté, qu'aucune influence même ne pouvait briser. Mais bientôt grace aux efforts des représentants autorisés que vous avez au sein des assemblées parlementaires, des dispositions législatives seront prises qui briseront le moule dans lequel vous êtes enserrés ; vieux moule qu'il ne faudrait pas cependant trop accuser puisqu'il a permis à vos devanciers hardis novateurs en leur temps, de créer la puissante association que vous êtes.

Une fois ces dispositions législatives édictées, l'obstacle juridique aura disparu. Ce n'est pas qu'il ne restera plus rien à faire, mais votre générosité, l'admirable entente que vous avez de la solidarité confraternelle fera le reste. Des caisses spéciales seront ouvertes et je ne doute pas qu'elles ne se remplissent bientôt en dehors des cotisations

réglementaires, grâce à ces généreux élans de bienfaisance dont vous avez reçu déjà l'année dernière plus que la promesse.

Alors, Messieurs, après avoir donné l'exemple unique peut être d'une association assez hardie pour englober toutes les parties de la France, assez généreuse et prudente pour attirer toutes les sympathies et pour résister à toutes les attaques des défenseurs moroses de la stricte légalité : vous aurez cette joie inexprimable de pouvoir vous dire que vous aurez assuré aux déshérités de votre profession les secours nécessaires contre les premières et les plus dures épreuves, celles de la maladie, et que vous pourrez leur donner à l'heure de la fatigue et de l'impotence la consolation de terminer dignement leur vie.

C'est à ce prompt résultat que je lève mon verre en buvant à la prospérité de l'association générale des médecins de France.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La conférence sanitaire de Paris et le congrès de médecine et de chirurgie de Rome. — La fièvre typhoïde et l'eau de la Vanne. — Les bains-douches à Bordeaux. — Mort du docteur Arnould.

Deux faits également intéressants pour l'hygiène se sont produits pendant la quinzaine qui vient de s'écouler. La conférence sanitaire internationale a terminé ses travaux et le congrès international de médecine et de chirurgie qui se tient à Rome, a commencé les siens.

La conférence sanitaire de Paris a tenu le 24 mars sa dernière séance plénière. Elle doit se réunir de nouveau le 2 avril pour échanger les signatures et tout fait espérer qu'aucun incident ne viendra compromettre au dernier moment l'accord qui s'est établi. Au point de vue de l'hygiène, les résultats de la conférence peuvent, dès à présent, être considérés comme acquis.

Ainsi que nous l'avons fait pressentir, il ne s'est produit, sur ce terrain, aucune des difficultés qui avaient signalé le cours des conférences précédentes; les propositions des délégués français ont été acceptées presque sans discussion, parce qu'elles n'étaient qu'une conséquence des principes qu'ils étaient parvenus à faire prévaloir dans les réunions antérieures et parce que ces principes eux-mêmes découlaient de la façon la plus naturelle des découvertes contemporaines et des connaissances récemment acquises sur le mode de transmission des épidémies.

Egalement éloigné des pratiques barbares de l'ancien système quarantenaire et de la doctrine du *libre-échange des maladies pestilentielles* jadis soutenu par les Anglais, le système proposé par les hygiénistes français, et adopté maintenant par les autres nations, est basé surtout sur la destruction des foyers de contagion à l'aide de la désinfection.

Visites médicales sérieuses, isolement des malades jusqu'à guérison, désinfection des navires et libre pratique ensuite, tels sont en résumé et avec quelques variantes suivant les localités, les pratiques sanitaires auxquelles on se borne aujourd'hui. Nous avons exposé dans un numéro antérieur (1) les points particuliers sur lesquels la conférence de Paris allait être appelée à délibérer; ils ont été tranchés dans le sens des principes que nous venons d'exposer.

(1) *Union médicale* du 21 février 1894, n° 21, p. 212.

Ainsi, les navires partant des ports de l'Extrême-Orient, dans lesquels le choléra règne presque en permanence, avec des convois de pèlerins se rendant à la Mecque, subiront une visite rigoureuse avant leur départ ; ils seront ensuite visités de nouveau après leur entrée dans la mer Rouge, au lazaret de Camoran, et retenus lorsqu'ils auront le choléra à leur bord. Le pèlerinage terminé, les navires ramenant les Hadjis seront de nouveau examinés à Djebel Tor et retenus au lazaret lorsqu'ils auront le choléra à leur bord, jusqu'à ce que toute trace en ait disparu.

Quant à la *défense du golfe Persique*, elle sera assurée par une visite sanitaire que les navires venant de l'Inde subiront dans les ports situés en dedans du détroit d'Ormuz. On a renoncé à celui de Foa parce que le mouillage y est mauvais,

Il ne reste plus à régler que des questions qui n'ont rien de médical, telles que le paiement des taxes à imposer aux navires pour subvenir aux frais de la surveillance sanitaire, le mode d'emploi de ces taxes et la composition des conseils sanitaires chargés d'assurer l'exécution des mesures adoptées par la conférence.

L'accord n'a pas été aussi facile à se faire sur ces questions financières que sur celles d'un ordre purement médical. Les prétentions de la Turquie qui voulait disposer elle-même du montant des taxes, et celles de l'Angleterre qui tenait à conserver sa prépondérance dans le conseil sanitaire d'Alexandrie, ont failli tout compromettre et pourraient encore créer des embarras au dernier moment. Espérons qu'il n'en sera rien.

— Le congrès international de médecine et de chirurgie s'est ouvert à Rome le 29 mars ; il avait été précédé la veille par l'inauguration de l'exposition internationale qui en est une dépendance et à laquelle a présidé M. Crispi lui-même, accompagné de MM. Baccelli et Antonelli. Dans cette visite, l'attention s'est surtout portée sur les appareils relatifs à l'hygiène et à la chirurgie d'armée.

Le gouvernement italien attache une grande importance à la réussite de ce congrès ; il n'a rien épargné pour en relever l'éclat et pour faire aux savants étrangers une réception digne d'eux. Toutes les nations, du reste, ont mis un empressement de bon goût à s'y faire représenter. La France, toujours bonne personne et habituée à pratiquer l'oubli des injures, a donné l'exemple. Tous les ministères y ont envoyé des représentants ; on parle de 300 médecins partis de France. L'intérêt scientifique, il faut bien le dire, n'est pas seul en cause ; nos confrères subissent, peut-être à leur insu, l'attraction si puissante de la *Ville éternelle*, de la cité des empereurs et des papes, de cette Rome vers laquelle le monde entier a tourné ses regards pendant tant de siècles et qui attire encore vers elle toutes les intelligences et tous les cœurs.

L'inauguration a été splendide. Le roi et la reine ont tenu à y assister en personne, et la cérémonie a été des plus imposantes. L'énumération des fêtes qu'on y prépare serait de nature à inspirer des regrets à ceux qui n'ont pas pu prendre la route de Modane, si n'était l'incertitude de l'accueil réservé par la population aux médecins de notre nationalité, et si le gouvernement italien ne donnait pas à cette réunion de savants le caractère d'une manifestation politique.

Quant aux travaux du congrès, on s'apprête à faire travailler les visi-

teurs. On leur promet deux séances par jour, une pour les travaux des sections, l'autre pour l'audition des conférences qui seront faites par des orateurs de tous les pays, dans l'une des quatre langues officielles du congrès : l'italien, le français, l'anglais et l'allemand.

J'aurai l'occasion dans mes chroniques de revenir sur les questions d'hygiène qui y seront traitées.

— L'épidémie de fièvre typhoïde de Paris reste stationnaire au point de vue de la mortalité ; il y a eu 70 décès pendant la onzième semaine et 70 pendant la douzième ; mais le nombre des entrées aux hôpitaux continue à diminuer d'une manière sensible. De 291, chiffre le plus élevé qu'elles aient atteint, elles sont tombées successivement à 162, puis à 139 et en dernier lieu à 131. Si cela continue, nous ne tarderons pas à voir la fin de cette épidémie et elle aura cessé de sévir avant qu'on en ait découvert la cause.

Nous n'avons encore, en effet, que des soupçons à cet égard, malgré tout le zèle que la commission permanente des épidémies a déployé pour tâcher d'arriver à une certitude.

Nous avons dit, dans notre dernière chronique, qu'elle s'était transportée à Sens et qu'elle avait visité les sources de la Vanne ; elle est revenue, après s'être livrée à une enquête minutieuse dont le résultat a été communiqué au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, par les membres de ce Conseil qui font partie de la Commission.

Les sources de la Vanne, ont-ils dit, sont extrêmement nombreuses et en rapport avec le débit considérable de l'aqueduc qu'elles alimentent. Dans ce nombre, il en est qui proviennent des coteaux situés sur la rive droite de la rivière et qui sourdent à travers les fissures du calcaire crayeux. Celles-là, les sources hautes, ont été captées à une altitude supérieure au lit de la Vanne, elles descendent dans l'aqueduc en faveur de la pente et ne peuvent être suspectées. Les autres, les sources basses, sont sur la rive gauche de la rivière ; quelques-unes d'entre elles sont alimentées par des eaux d'infiltration recueillies par des drains placés au niveau ou même au-dessous de l'aqueduc.

Celles-là ne sont pas aussi irréprochables. On en a soupçonné deux.

Le docteur Moreau (de Sens), dans une lettre adressée à M. Bucquoy et dont communication a été donnée à l'Académie de médecine, le 13 mars, émettait l'avis que la souillure de la Vanne avait pu partir des pièces d'eau entourant le château Lécorchez, à Theil-sur-Vanne, qu'on avait curées l'été dernier. Le docteur Mathieu (de Villeneuve-l'Archevêque), dans un rapport adressé le 15 mars au président du Conseil d'hygiène publique de France, incrimine, au contraire, les eaux recueillies par les drains situés près du village de Rigny-le-Ferron.

La Commission a porté son enquête sur ces deux points. Elle a reconnu que les eaux du château Lécorchez ne pouvaient pas être soupçonnées ; mais elle ne peut pas se prononcer avec la même conviction, dans le sens négatif, pour ce qui concerne le village de Rigny-le-Ferron. Ce village de 1,000 habitants est traversé par un ruisseau qu'on nomme le *ru de Tiremont*, qui coule ensuite pendant près de deux kilomètres à travers des prairies qu'il arrose, puis croise l'aqueduc de la Vanne en passant au-dessus de son plafond, et continue son cours. A l'endroit où il passe au-dessus de l'aqueduc, se trouve la petite usine de Flacy qui recueille l'eau des drains dont nous avons parlé plus haut, les remonte et les verse dans l'aqueduc.

Or, il y a eu, l'année dernière, à Rigny-le-Ferron, trois cas de fièvre typhoïde dont deux mortels. Le maire dit avoir fait désinfecter et enfouir les déjections; il a défendu qu'on lavât le linge des malades dans le *ru de Tiremont*; mais il n'est pas absolument impossible que les pluies de cet hiver, en filtrant à travers le sol, aient recueilli les bacilles dont ces déjections étaient remplies, et les aient transportées dans les drains de Flacy et par là dans l'eau de la Vanne.

C'est un bien long parcours qu'auraient fait ces bacilles pour se rendre du village à l'aqueduc; ils auraient mis bien longtemps pour arriver à Paris; mais, enfin, c'est la seule lueur qui ait apparu du cours de cette enquête, la seule piste qu'on ait découverte et il faut la suivre. C'est ce que fait la Commission; mais, en attendant, le service des eaux a fermé l'aqueduc à toutes les sources suspectées, et laisse perdre l'eau des drains devenue inutile par la quantité d'eau de source qui abonde aujourd'hui dans Paris.

M. Miquel, qui faisait partie de la Commission, a rapporté des échantillons de toutes les sources, il les a examinés dans son laboratoire, et n'y a pas trouvé le bacille d'Eberth.

— Il a été question, à diverses reprises dans nos chroniques, des essais faits pour établir à Paris des *bains-douches*, comme ceux qu'on trouve aujourd'hui dans la plupart des grandes villes d'Allemagne. La proposition en a été faite plusieurs fois au Conseil municipal. Le docteur Thuillier lui a fait à ce sujet un premier rapport le 12 juillet 1893. Quelque temps après, M. Vaillant lui a soumis un projet très détaillé auquel il n'a pas été donné suite; M. le docteur O. du Mesnil a proposé à la Commission d'assainissement de Paris d'en installer dans les écoles municipales. Ces vœux et ces projets sont restés stériles; mais ce qu'on n'a pas pu faire à Paris, on vient de le réaliser à Bordeaux.

M. Baysellance, ingénieur des constructions navales en retraite, a fait à ce sujet une communication au Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, qui s'est tenu à Besançon au mois d'août dernier, et dont les comptes rendus viennent de paraître (1).

Un Comité d'initiative privée s'est formé pour répandre dans la population de Bordeaux, les habitudes de propreté qu'assure un système de balnéation commode, rapide et peu dispendieux. Il a tout naturellement donné la préférence aux *bains-douches*.

A l'aide d'un appareil très simple on donne à discrétion, au baigneur, de l'eau chaude ou froide. Il reçoit, de plus, un morceau de savon et une serviette chauffée. Le tout coûte vingt centimes. Le succès de cette institution a dépassé les espérances. Le nombre des baigneurs s'est rapidement accru. Au commencement de l'année il oscillait de 100 à 200 par semaine, il s'est élevé à 1,000 à la fin de juin et à 1,200 en juillet. L'établissement a été ouvert aux femmes au commencement de juin et le nombre des clientes a bientôt dépassé 120 par semaine.

Les dépenses de personnel et de matériel sont réduites au strict nécessaire et l'établissement couvre, dès à présent, ses frais d'exploitation. Aussitôt que le Comité aura amorti les dépenses de première installation, il

(1) Baysellance. Bains de propreté à bon marché. Séance de la section d'hygiène et de médecine publique du 7 août 1893. (*Comptes rendus*, 1re partie, p. 400.)

s'occupera de créer des bains semblables sur d'autres points de la ville.

A Paris, on n'en est pas encore là, mais le Conseil municipal a mis en adjudication, le 24 février dernier, les travaux nécessaires pour la construction de la piscine sanitaire qui doit être établie près du puits artésien de la place Hébert. On se souvient que sa création a été votée le 5 janvier 1893, sur un rapport de M. Arsène Lopin, et que la dépense ne doit pas dépasser 200,000 francs.

L'attention du Conseil s'est également portée sur la piscine municipale de la rue Rouvet (quartier du Pont de Flandre). La gratuité absolue de cet établissement en a fait le rendez-vous des gens sans aveu, des jeunes garçons en rupture d'école qui trouvent là un lieu de réunion très commode pour s'y concerter et préparer leurs mauvais coups. Les ouvriers honnêtes ne veulent plus s'y rendre. Le Conseil municipal se propose de réorganiser l'établissement, de remplacer la gratuité absolue par une rétribution très modique, mais cependant suffisante pour éloigner les vagabonds qui s'y réunissent aujourd'hui. On a, de plus, l'intention d'en ouvrir l'accès, à certains jours, aux ouvrières du quartier, qui sont pour la plupart employées dans les raffineries et les amidonneries du voisinage, et qui ont grand besoin d'un bain hebdomadaire (1).

— Je ne veux pas terminer cette chronique sans donner un souvenir et un regret à l'hygiéniste éminent que la France vient de perdre. Le docteur Jules Arnould a été rapidement enlevé, il y a quelques jours, par une congestion pulmonaire. Médecin inspecteur des armées en retraite, professeur d'hygiène à la Faculté de Lille, commandeur de la Légion d'honneur et correspondant de l'Académie de médecine, le docteur Arnould laisse après lui des travaux considérables. Ses *Nouveaux Éléments* d'hygiène rapidement arrivés à leur seconde édition constituent l'ouvrage le plus complet et le plus original que nous possédions sur la matière. Il était mon collaborateur à l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, et lui a fourni deux de ses plus importants chapitres (les villes en général et la voie publique). Les *Archives générales de médecine*, les *Annales d'hygiène*, la *Gazette médicale* ont publié de nombreux articles de lui sur la pathogénie interne et sur l'hygiène. Il fut un des auteurs du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Membre fondateur de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, il a puissamment contribué au succès de la *Revue d'hygiène* par les articles originaux et par les traductions d'ouvrages allemands dont il l'a enrichie.

Nous l'avons vu, dans tous les congrès, défendre ses idées avec une énergie sans égale, avec une puissance de conviction qui entraînait souvent celle des autres. Il est mort dans toute la plénitude de son activité intellectuelle, et il laisse dans l'hygiène un vide qu'il ne sera pas facile de combler.

Jules ROCHARD.

(1) *Bulletin municipal officiel* du 25 mars 1894, p. 641

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars. — Présidence de M. Ferrand

Arsénicisme chronique

M. Mathieu présente un malade atteint de lésions cutanées consécutives à une intoxication chronique par l'arsenic.

Il s'agit d'un individu qui depuis une vingtaine d'années prend de l'arséniate de soude à hautes doses (1 gramme par mois environ dans une solution aqueuse).

Les phénomènes morbides ont d'abord consisté en des troubles gastro-intestinaux très marqués avec accidents nerveux qui firent porter le diagnostic de tabes. Mais les effets de l'arsenic ont surtout porté sur le tégument cutané. On constate, marquée sur le tronc et l'abdomen, aussi bien sur la partie antérieure que sur la partie postérieure, une pigmentation tachetée de coloration brunâtre absolument indélébile et composée de petites macules foncées tranchant sur le fond plus blanc, presque vitiligoïde de l'épiderme resté sain.

Cet aspect anormal de la peau présente une certaine analogie avec l'acrodynie. On sait d'ailleurs que cette dernière affection a été rattachée à l'arsénicisme chronique. Les troubles nerveux et gastro-intestinaux sont également fort semblables. Les cas d'intoxication chronique par l'arsenic avec lésions cutanées sont encore assez rares pour mériter d'être signalés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

La toxicité du sang. — M. Hayem. L'introduction dans le sang d'un animal d'un sérum provenant d'un animal de la même espèce ou d'une espèce différente, entraîne la coagulation du premier; cette coagulation se fait par stase, par précipitation granuleuse ou enfin est massive. La coagulation par stase se produit lorqu'à la suite de la transfusion du sérum de la même espèce on fait une double ligature sur une veine, de façon à isoler une partie du contenu de cette veine. Les deux autres variétés de coagulation s'observent lorsque la transfusion a été faite avec le sang d'une espèce différente. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la coagulation ne se produit pas si le sang est chauffé à 55, 56°. Pour M. Hayem, ce n'est pas la fibrine-ferment qui est modifiée par le chauffage ; ce dernier agit sur des substances albuminoïdes, variables selon les animaux et qui produisent la coagulation en agissant sur les éléments figurés du sang. d'où la mise en liberté des substances coagulatrices. M. Daremberg a déjà montré qu'à 56° le pouvoir globulicide du sérum disparaît et on sait que c'est aussi à cette température que le pouvoir bactéricide cesse d'exister.

Le diabète pancréatique. — M. Kauffmann conclut de nombreuses expériences que, chez le chien, la suppression de la fonction du foie est toujours suivie d'une diminution de la quantité de sucre contenue dans le sang. Après l'ablation du pancréas, la consommation de la glycose dans les tissus se fait avec la même activité que dans les cas de glycémie normale. L'hyperglycémie expérimentale reconnaît toujours pour cause une hypersécrétion glycosique du foie et non un arrêt ou un ralentissement de la destruction du sucre dans les tissus.

La sécrétion externe du pancréas exerce une action modératrice sur la glycoso-formation hépatique, non-seulement par l'intermédiaire des centres nerveux, mais encore

en agissant directement sur les éléments cellulaires du foie par l'intermédiaire du sang. Cette donnée est basée sur les effets que produit la section des nerfs du foie sur des chiens normaux et sur d'autres qu'on prive de leur pancréas après avoir pratiqué les sections nerveuses. Chez les chiens qui conservent le pancréas, l'énervation totale du foie est presque toujours suivie d'hypoglycémie. Chez les chiens dont le foie est énervé totalement ou partiellement, l'ablation du pancréas produit constamment l'hyperglycémie et la glycosurie.

Sur le foie totalement énervé la sécrétion interne fournie par le pancréas continue à modérer la glycosoformation intra-hépatique, d'où hypoglycémie ; quand on enlève ensuite le pancréas, on tarit la sécrétion interne, on supprime donc l'action frénatrice directe, d'où hyperproduction du sucre, hyperglycémie et glycosurie.

Effets du régime lacté sur les microbes des voies digestives. — MM. Gilbert et Dominici ont constaté que le régime lacté diminue notablement le nombre des microbes contenus dans les voies digestives ; le lait stérilisé n'a pas, à ce point de vue, d'effets plus marqués que le lait non stérilisé.

Chezun homme dont les fèces renfermaient 67,000 microbes par milligramme, 5 jours de régime lacté ont fait tomber le chiffre à 2,500. Le calcul a montré que le nombre total des microbes était descendu de 12 milliards à 54 millions. L'effet du régime lacté s'exerce sur toute la longueur du tube gastro-intestinal et l'asepsie de ce dernier est presque absolue de l'estomac au rectum. Il est probable que cette action du lait tient à sa digestibilité presque complète, et à ce qu'il ne laisse qu'une quantité minime de résidus, ces derniers étant de plus fort peu nutritifs. Le lait par lui-même est, en outre, un excellent milieu de culture pour les microbes de l'intestin. On peut comprendre les grands services que rend le régime lacté dans les dyspepsies avec pullulations microbiennes intra-stomacales, dans les entérites aiguës et chroniqnes, dans la dysentérie, dans les insuffisances hépatiques, les néphrites, etc.

Etiologie de la dysentérie. — M. Arnaut a trouvé, dans les cas de dysentérie observés en Tunisie, un seul bacille ayant tous les caractères du bactérium coli, mais plus virulent. Il a pu reproduire la dysentérie chez le chien par des injections de cultures de ce bacille. M. Laveran a été amené aussi à croire que le bactérium coli est le microbe de la dysenterie, en étudiant les formes saisonnières de la maladie que l'on observe dans nos pays.

La sialorrhée dans l'épilepsie. — M. Féré a vu survenir chez un épileptique, à la suite du traitement, la suppression des grandes crises. Mais, actuellement, il y a des accès dans lesquels outre la perte de connaissance, un frémissement de la lèvre inférieure et l'ouverture de la bouche, on observe une salivation abondante. Cette dernière peut même être le seul symptôme d'une crise.

Aptitude physique au service militaire

Voici l'énumération des infirmités classant les hommes dans le service auxiliaire :

1. La faiblesse de constitution, si après le troisième examen devant le conseil de revision elle ne nécessite pas l'exemption.

2. L'obésité qui n'aura pas motivé l'exemption par son développement excessif.

3, Le pityriasis et l'ichthyose, si le premier n'occupe pas de grandes surfaces et si le second n'est pas généralisé.

4. Les tumeurs bénignes, kystes, lipomes, etc., les cicatrices, siégeant dans des régions où elles seraient incompatibles avec le port des effets ou de l'équipement réglementaires.

5. Les nœvi materni et les tumeurs érectiles qui sont peu développés ou qui, bien que volumineux et étendus, ne sont pas exposés à des pressions habituelles.

6. L'alopécie occupant une certaine étendue et indépendante du favus et de la pelade, les tumeurs bénignes du crâne : loupe, exostose ; les productions cornées, les cicatrices qui n'ont d'autre inconvénient que d'apporter un gêne à la coiffure militaire : casque ou shako.

7. La perte du pavillon de l'oreille, si elle est totale ; son adhésion partielle aux parois du crâne, ses déformations ou malformations, si elles sont peu étendues.

8. La perforation de la membrane du tympan sans complication d'otorrhée.

9. La laideur extrême, telle qu'elle est définie à l'article 73, lorsqu'elle ne suffit pas à conférer l'exemption.

10. Les mutilations de la face, telles qu'elles sont définies à l'article 75, lorsqu'elles ne suffisent pas à conférer l'exemption.

11. Le symblépharon qui, sans amener une grande gêne dans le mouvement des paupières, n'est pas un obstacle à la fonction visuelle.

12. La blépharite ciliaire ancienne sans renversement des paupières.

13. Les opacités de la cornée, les exudats de la pupille, suivant le degré de diminution de l'acuité visuelle défini au paragraphe 2 de l'article 85.

14. La myopie supérieure à six dioptries, à condition que l'acuité visuelle soit ramenée par des verres concaves aux limites stipulées au paragraphe 2 de l'article 85 et qu'il n'y ait pas de lésions choroïdiennes étendues.

15. L'hypermétropie et l'astigmatisme, lorsqu'ils déterminent l'abaissement de l'acuité visuelle défini dans le paragraphe 2 de l'article 85.

16. Le strabisme fonctionnel, si la diminution de l'acuité visuelle est telle qu'elle est définie au paragraphe 2 de l'article 85.

17. La perte d'un grand nombre de dents, si les gencives ne sont pas altérées et si la constitution du sujet est satisfaisante.

18. Le bec-de-lièvre congénital ou accidentel simple et peu étendu.

19. Le bégayement, quand il est assé prononcé pour empêcher de transmettre intelligiblement une consigne.

20. Les tumeurs du cou : le goitre, les kystes séreux, les adénites peu développées, qui ne sont une cause de l'exclusion du service actif qu'en raison de la gêne causée par l'habillement militaire.

21. Les déformations de la poitrine : enfoncement ou saillie du sternum ou des côtes qui ne nuisent pas aux fonctions des organes internes ; les arrêts de développement, les courbures vicieuses, les pseudarthroses de la clavicule, les déformations de l'omoplate qui n'entravent pas les mouvements des membres supérieurs.

22. Les hernies inguinale et crurale ne dépassant pas l'orifice externe du canal.

23. La cryptorchidie, lorsque le sujet présente les caractères généraux de la virilité.

24. Les difformités congénitales ou acquises qui n'entravent pas notablement les fonctions telles que : un cal volumineux et même légèrement difforme ; une incurvation modérée des membres supérieurs ou inférieurs ; l'inégalité des membres supérieurs ; le raccourcissement d'un membre inférieur s'il n'en résulte qu'une légère claudication.

25. Les varices, se présentant dans les conditions de non-acceptation pour le service actif stipulées article 231.

26. L'hygroma chronique, les kystes synoviaux assez prononcés pour exclure du service armé, ne compromettant pas néanmoins le jeu des articulations.

27. La raideur d'une articulation avec diminution légère de l'étendue des mouvements et qui ne nuit pas très sensiblement à l'action des membres, telles que : l'extension

incomplète de l'avant-bras sur le bras, la flexion incomplète de la jambe sur la cuisse, les mouvements opposés étant entièrement libres ; la flexion permanente et complète de l'auriculaire de l'une ou de l'autre main, la flexion incomplète de plusieurs doigts.

28. L'incurvation, la perte ou la mutilatian des doigts ou des orteils, non compatibles avec le service actif, qui ne gênent pas notablement les fonctions de la main et du pied.

29. Les doigts et orteils surnuméraires, le chevauchement des orteils, les orteils en marteau, l'exostose sous-unguéale se présentant dans des conditions de non-acceptation pour le service actif.

30. Le défaut de taille constaté par le troisième examen devant le conseil de revision, après deux ajournements.

COURRIER

Congrès annuel de l'Institut britannique d'hygiène publique. — Ce congrès aura lieu à Londres du 26 au 31 juillet. Il sera divisé en cinq sections : chimie et climatologie, médecine préventive, génie sanitaire, administration, hygiène navale et militaire.

— Le docteur Ossian Bonnet a été nommé premier médecin du bey de Tunis, en remplacement du docteur Spezzafumo, mort au mois de février dernier.

— Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien dentiste s'ouvrira le 14 mai à la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat, du 30 avril au 10 mai.

Prix. — La Société médicale d'Hufeland annonce un concours international sur la question des auto-intoxications d'origine intestinale et sur leurs prophylaxie et traitement. Le prix, de 800 marks, sera décerné à l'auteur du meilleur travail envoyé sous pli cacheté avec devise avant le 1er mars 1895, au professeur Oscar Liebreich (Berlin, IV, Margareth-en-Strass, n° 7). Les travaux peuvent être écrits en anglais, en français ou en allemand. (*Munch. mediz. Woch.*, 20 février.)

— La Société protectrice de l'enfance a décerné une médaille d'or à M. le docteur Czajewski (d'Orléans) et une médaille d'argent à M. le docteur Brallet (du Thillot).

Ecole de médecine de Limoges. — M. Raymondaud, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions.

— Sont nommés inspecteurs des écoles : M. Lartigue pour le 14e arrondissement en remplacement de M. Gellé ; M. Chauveaux pour le 20e arrondissement, en remplacement de M. Pilon.

— Le concours d'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'école du Val-de-Grâce s'ouvrira le 17 décembre 1894, à huit heures du matin, à l'école du Val-de-Grâce.

Maladie du larynx, du nez et des oreilles. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra, à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 3 avril à 3 heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure. Examen des malades et opérations à partir de 3 h. 1/2.

On s'inscrit à la clinique les mêmes jours, de 3 heures à 5 heures.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

Les dyscrasies (diabète, albuminurie) et l'opération de la cataracte

par M. VALUDE, médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts

Les ophtalmologues, contrairement à nombre de chirurgiens généraux, se préoccupent d'ordinaire assez peu de l'existence d'une diathèse telle que le diabète ou l'albuminurie, lorsqu'il y a lieu d'opérer et notamment lorsqu'il s'agit de l'extraction de la cataracte. En ce cas-là, on recherche bien le sucre et l'albumine, mais dans le but surtout de fixer l'étiologie, et l'existence d'une diathèse, s'il ne s'y joint un état marqué de marasme, ne suffit pas, aux yeux de la majorité des opérateurs, à constituer une contre indication de grande valeur.

Nous sommes de ceux-là qui pensent, et les exemples tirés de la littérature scientifique pourraient être multipliés à l'appui, que l'opération de la cataracte peut donner, avec l'existence du sucre ou de l'albumine, des résultats comparables à ceux que l'on obtient chez l'individu exempt de toute atteinte dyscrasique.

Deux exemples, entre autres, tirés de notre pratique personnelle, nous ont beaucoup frappé à cet égard.

Alors que j'étais chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Panas, j'eus, pendant les vacances, à opérer un malade atteint de cataracte et qui était diabétique. Le malade avait 35 grammes de sucre par litre et le traitement de son diabète n'influençait que fort peu le taux du glucose. De plus, il était pressé d'être opéré et de partir. Je pratiquai l'opération et j'eus la surprise de voir la cicatrisation se faire avec une très grande rapidité et sans la moindre réaction irritative. Il fut guéri beaucoup plus vite, certainement, que je n'avais coutume de le voir à cette époque avec le mode de pansement employé alors.

Le second cas est tout récent. Il s'agit d'un albuminurique cette fois, d'un homme arrivé à la dernière période du mal de Bright et dans un état de marasme avancé. Le teint est très pâle, l'abumine se prend en masse à l'examen des urines et, pour donner une idée de la cachexie dont il était atteint, le malade porte à la cuisse droite une eschare profonde qui intéresse la peau, les muscles sous jacents et qui est d'une étendue de dix centimètres carrés environ.

Cet homme qui présentait une cataracte complète et l'autre incomplète, désirait ardemment être opéré ; nous consentîmes à l'opération et nous pratiquâmes l'extraction *avec iridectomie* (ce détail est à noter).

La cachexie albuminurique était telle que l'opération ou plutôt la position au lit dans le décubitus, fut aussitôt l'origine d'accidents de dyspnée inten ses avec menaces de suffocation, palpitations, etc., l'œdème des membres inférieurs prit de grandes proportions et l'état général fut des plus sérieux pendant quelques jours,

L'albumine était toujours très abondante.

Malgré cet état grave, l'œil se comporta admirablement, guérit sans

ombre de réaction, avec une cicatrisation faite et parachevée au troisième jour.

Pour tout dire d'un mot, le malade quitta notre servtce des Quinze-Vingts le 14 mars, ayant été opéré le 8 mars, soit au sixième jour, *sans bandeau.* On le transporta dans un hôpital général.

Nous sommes donc bien placés pour ne pas considérer les états diathésiques comme des contre-indications à l'opération de la cataracte et cependant ce travail a pour but de montrer que les dyscrasies (albuminurie, diabète) peuvent, en certaines circonstances, influencer fâcheusement sur l'opération ; en même temps nous indiquerons le remède facile à ces accidents.

Ce qui peut se voir de fâcheux chez les individus atteints de diabète ou d'albuminurie et qu'on a opérés de la cataracte, ce n'est ni une infection ni même une réaction irritative marquée de l'œil (au contraire, la guérison s'effectue ici avec une absence remarquable de réaction) mais *un retard, qui est parfois très grand, dans la fermeture de la plaie.* La cicatrisation est lente.

J'ai observé, il y a deux ans, dans mon service à la clinique des Quinze-Vingts, un malade diabétique dont le taux du sucre par litre n'était pas très considérable et qui, après une extraction *sans iridectomie*, demeura six semaines sans que la plaie fût close complètement et la chambre antérieure reformée. A chaque levée du pansement, on voyait le sommet de la plaie s'entrebailler légèrement et la dernière goutte d'humeur aqueuse s'écouler ; la chambre antérieure demeurait vide.

Pendant tout ce temps, chose remarquable, l'œil restait sans la moindre réaction, la portion de la conjonctive voisine de la plaie, même pas rose, et sans sécrétion.

Les pansements les plus divers furent mis en œuvre sans résultat : pansements occlusifs laissés en place 3, 4, 5 et 8 jours même, pansements changés chaque jour, bandeau simple, collyres à l'atropine (1), à l'ésérine et tout fut inutile.

A la sixième semaine, une iridectomie faite empiriquement, fut suivie d'une cicatrisation en 48 heures.

Chez un autre malade, également diabétique et opéré aux Quinze-Vingts, la cicatrisation se fit attendre 15 jours après une extraction simple. On ne fit pas d'iridectomie ici, et la fermeture de la chambre antérieure, après une cicatrisation lente et progressive, fut spontanée.

Le dernier fait que j'ai eu à observer est tout récent et a trait à une malade de la ville. Il s'agit d'une dame âgée et atteinte de diabète compliqué d'albuminurie.

Mme L..., qui avait au mois de novembre 1893, 12 gr. 25 de sucre par litre, et en même temps la proportion très grande de 5 gr. 76 d'albumine parvint, à l'aide d'un régime sévère, à voir ces quantités tomber à 2 gr. 19 de sucre et 0,96 d'albumine en janvier, et à 1 gr. 95 de sucre et 0,68 d'albumine au mois de février 1894, au moment où je lui pratiquai l'opération de la cataracte.

(1) Quant, à la suite de l'extraction de la cataracte, la chambre antérieure tarde à se reformer, il peut être indiqué d'instiller de l'atropine. En effet, la vacuité de la chambre antérieure peut tenir à ce que l'humeur aqueuse formée en arrière de l'iris est empêchée de se rendre à sa place, s'il existe des adhérences du bord pupillaire (synéchies) à la cristalloïde. L'atropine en dilatant la pupille, rompt ces synéchies, laisse passer l'humeur aqueuse et permet à la chambre antérieure de se remplir.

Son état général était, malgré l'amélioration du côté des urines, assez peu satisfaisant.

Je pratiquai l'opération *simple, sans iridectomie.*

Après l'opération les suites furent simples, dans ce sens qu'il n'y eut aucune réaction irritative, mais la plaie resta ouverte et ne se ferma que *douze jours après*, bien qu'on eut pratiqué à plusieurs reprises des instillations d'atropine. Durant tout ce temps, et malgré les pansements laissés en place deux et trois jours de suite, la chambre antérieure demeura ouverte sans se fermer.

J'avais, l'année auparavant, opéré la même malade de la cataracte à l'autre œil, et elle était déjà diabétique et albuminurique, mais l'opération avait été faite AVEC IRIDECTOMIE *; la fermeture de la plaie et le rétablissement de la chambre antérieure s'étaient produits très rapidement.*

Il n'empêche que la guérison se fit très bien cette fois-là même chez notre malade, mais avec une lenteur caractéristique. Un mois après l'opération l'urine renfermait 1 gr. 46 de sucre et 1 gr. 80 d'albumine.

Quelles conclusions sont à tirer de ces faits ?

La première, selon nous, est que l'opération de la cataracte n'est nullement contre indiquée dans les dyscrasies albumino-diabétiques même graves; la réussite finale est aussi probable qu'en toute autre circonstance.

Le seul inconvénient que nous paraît avoir la présence du sucre ou de l'albumine, ou l'existence d'une dyscrasie, si l'on veut, c'est d'amener à sa suite un trouble nutritif capable d'enrayer la cicatrisation de la plaie cornéenne.

Et, d'après les faits que nous avons eus à observer, ce trouble de nutrition ne se produirait que dans le cas d'extraction sans iridectomie, celui-ci étant heureusement modifié par une section préalable ou consécutive faite à l'iris.

Est-il invraisemblable d'attribuer cette action modificatrice à l'iridectomie ? Non, si l'on songe à l'effet heureux et tout puissant de la même opération dans le glaucome.

Le glaucome est en définitive une affection encore obscure dans ses origines, et ce que nous en savons de plus net, c'est que l'état glaucomateux représente le maximum des perturbations dans la circulation des liquides intra-oculaires et dans la nutrition générale de l'organe. L'iridectomie régularise ce désordre et rétablit l'équilibre dans la circulation. Son mode d'action n'est pas encore clairement établi.

Il n'est pas dénué de raison de supposer que dans les cas qui nous occupent, l'iridectomie, en agissant favorablement sur la circulation ou l'équilibre intra-oculaire, accélère et même détermine la coaptation de la plaie et sa fermeture définitive.

En résumé, les opérations de la cataracte peuvent et doivent être faites chez les diabétiques, mais il convient de pratiquer l'extraction avec iridectomie. Moyennant ce correctif, l'opération se présente avec toutes les chances désirables.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

MM. Dezanneau (d'Angers) et Hengott (de Nancy) ont été élus correspondants nationaux.

Luxation récidivante de l'épaule

M. VERNEUIL lit un rapport sur un travail de M. Ricard, relatif au traitement des luxations récidivantes de l'épaule.

Un homme de 27 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 25 mars 1892, s'était luxé pour la première fois le bras cinq ans auparavant dans une chute ; dix mois plus tard il se le luxait de nouveau consécutivement à un accident du même genre ; enfin, une troisième luxation se produisait un peu plus tard pendant le sommeil du malade. Depuis ce moment, la luxation se reproduisit très facilement à la suite du moindre effort, action de mettre un vêtement, de soulever un seau d'eau ; la réduction fut, du reste, presque toujours très facile.

M. Ricard pensa qu'il y avait une déchirure persistante de la capsule et se décida à opérer. Il fit deux incisions, une première verticale dans l'insertion pectoro-deltoïdienne et une deuxième, horizontale, partant de l'extrémité supérieure de la première et suivant les insertions du deltoïde à la clavicule. Le lambeau musculaire ainsi taillé fut renversé en dehors et en arrière et le coraco-brachial fut relevé. Après dissection du bord supérieur du sous-scapulaire, la capsule articulaire était à nu. M. Ricard constata qu'il n'y avait pas de déchirure de la capsule ; mais cette dernière était lâche, distendue, formant un véritable cul-de-sac herniaire, dans lequel la tête humérale venait se loger avec la plus grande facilité. M. Ricard passa trois fils en long dans l'épaisseur du tendon sous-scapulaire en bas, de la capsule en haut et, les serrant, il transforma la partie amincie en un bourrelet saillant et dur.

L'immobilisation consécutive fut prolongée dans le premier cas pendant 38 jours, dans un autre pendant 31, et les résultats sont excellents.

M. Verneuil tient à insister sur ce fait que l'on a tort d'imprimer des mouvements de bonne heure aux articulations blessées, dans le but d'éviter l'ankylose. Cette dernière est amenée par l'arthrite qui ne peut qu'être exagérée par des mouvements intempestifs. L'immobilisation s'impose d'autant plus dans le traitement des luxations récidivantes qu'il est probable que la distension de la capsule est produite par un épanchement séreux ou sanguin. L'immobilisation permet la résorption de l'épanchement et, consécutivement, la rétraction de la capsule.

M. BERGER a eu occasion d'observer un malade chez lequel la luxation se produisait très facilement et se réduisait, du reste, de même. Une dernière fois, la réduction fut difficile, et M. Berger, après l'avoir faite, constata la présence d'un épanchement notable et immobilisa l'articulation pendant 3 semaines. Il n'y eut consécutivement qu'un peu de raideur qu'un traitement simple suffit à faire disparaître, et la luxation ne se reproduisit plus. Dans un autre cas, M. Berger put empêcher une luxation de l'épaule de se reproduire facilement en faisant porter au malade une sangle qui empêchait d'élever le bras.

L'urétéro-cystonéostomie

M. TILLAUX lit un rapport sur un travail de M. Bazy, relatif à l'urétéro-cystonéostomie. Dans cette opération, qui est faite dans les déchirures anciennes de l'uretère, on

abouche, après laparatomie, le bout supérieur de ce dernier à un orifice vésical nouveau. M. Bazy a fait deux fois cette opération avec succès et elle est bien supérieure à la néphrectomie et à l'abouchement urétéro-intestinal.

En Italie, on a réalisé une opération analogue, mais M. Bazy n'avait pas eu connaissance de ce fait.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les huiles de foie de morue

Dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique dont nous avons à rendre compte, M. Patein a lu un mémoire des plus intéressants sur les huiles de foie de morue. Comment agit l'huile de foie de morue ? Les médecins sont loin d'être d'accord sur ce point. Pour les uns, c'est un médicament jouissant de de propriétés spécifiques qu'elle doit à certains éléments simples, à certains principes ternaires et quaternaires, qui entrent dans sa constitution ; pour d'autres, c'est un aliment de qualité supérieure, un corps gras plus assimilable que les autres. Enfin, d'autres encore, parmi lesquels se range M. Patein, voient dans l'huile de foie de morue, à la fois un aliment et un médicament.

L'huile de ioie de morue est fournie par les foies d'un certain nombre de poissons de la tribu des gadoïdes (G. Morrhua ; G. Collarius, etc.). En Norwège et en Danemark les foies sont entassés à l'état frais dans des chaudières à double fond et des tonneaux, que l'on achève de remplir avec de l'eau et l'on fait tiédir ensuite. Il s'écoule d'abord une huile presque incolore : huile pâle ou huile vierge, dite *blanche* ; après quelques jours, les foies subissent une sorte de fermentation et c'est l'huile *blonde* ou l'huile *brune* que l'on recueille ; enfin, après un certain temps, les foies s'altèrent et la décoction avec de l'eau donne l'huile *noire*. L'huile de foie de morue renferme de l'oléine, de la margarine, de l'iode (0,327, huile blanche ; 0,310, huile brune), du chlore, du brome (0,041 huile blanche ; 0,031 huile brune), du soufre, du phosphore. des produits biliaires, de la chaux, de la muqueuse, etc. A 15° l'huile blanche authentique a pour densité 0,924 à 0,9256.

L'huile de foie de morue est plus assimilable que les autres huiles et son usage peut se continuer plus longtemps. On peut attribuer ces propriétés à la présence des éléments biliaires qui favorisent l'absorption au niveau des villosités intestinales. Lorsque le médicament est bien supporté, et pris à des doses suffisantes, les sujets qui en font usage engraissent et peuvent gagner plusieurs kilogr. en quelques semaines. L'augmentation du poids du corps est de beaucoup supérieure à celui de l'huile ingérée.

L'action de l'huile de foie de morue est due, non-seulement à l'iode et au phosphore, mais aux alcaloïdes que MM. Gautier et Mourgues y ont découverts. Ce sont les huiles fauves, les huiles blondes qui contiennent le plus d'alcaloïdes, environ 50 cent. par kilogr., les huiles blanches ou vert doré n'en renferment que des traces. La présence des alcaloïdes résulte d'une auto-digestion et non d'une putréfaction ; lorsque cette dernière commence, on a l'huile brune qui doit être réservée aux usages industriels.

MM. Gautier et Mourgues ont extrait de l'huile de foie de morue une butylamine, une amylamine, une hexylamine, une dihydroluatidine, l'aselline, la morrhuine, l'acide morrhuique. La plupart de ces alcaloïdes sont toxiques. Par contre, la morrhuine est diurétique et diaphorétique, c'est un puissant stimulant de la désassmilation ; c'est à ce

corps qu'il faut attribuer les propriétés diurétiques, diaphorétiques et excitantes de l'appétit que possède l'huile de foie de morue. L'acide morrhuique a à peu près les mêmes effets que la morrhuine.

La plus grande partie des bases est combinée aux acides phosphorique et phosphoglycérique, et entre dans la composition de l'huile à l'état de lécithines. Elles agissent comme des excitants des centres nerveux qui président à la nutrition et comme de puissants diurétiques. A côté de ces alcaloïdes, des lécithines complexes fournissent le phosphore sous une forme essentiellement assimilable, correspondant à la dose d'environ 1 gr. d'acide phosphorique par kilogr.

Bouillot a démontré expérimentalement que, chez l'homme, les alcaloïdes de l'huile de foie de morue ont une action diurétique et uréopoïétique.

Au premier rang des applications thérapeutiques de l'huile de foie de morue, on doit mettre le rachitisme et les tuberculoses. Chez les tuberculeux ce médicament permet de relever l'organisme et d'arrêter l'invasion du bacille ; en même temps, en rendant les oxydations intra-organiques plus complètes, l'huile aura pour effet de détruire la plus grande partie des toxines secrétées par le microbe. L'huile convient aux phtisies scrofuleuses, torpides, à marche chronique, développées chez les sujets lymphatiques ; il ne faut pas y avoir recours dans les formes inflammatoires, fébriles, accompagnées de congestion et d'hymoptysies, sauf peut-être à la represcrire lorsque le phtisique est arrivé au 3e degré. L'huile de foie de morue est encore particulièrement indiquée dans les tuberculoses osseuses, les adénites scrofuleuses, la cachexie consécutive à une suppuration prolongée, les affections cutanées d'origine tuberculeuse.

L'huile de foie de morue est le spécifique du rachitisme et aucun corps gras ne peut la remplacer.

On a préconisé le médicament dans le rhumatisme chronique, en France on l'emploie peu dans les cas de ce genre.

Le plus grand reproche que l'on puisse faire à l'huile de foie de morue s'adresse à ses propriétés organoleptiques. Elle inspire un grand dégoût et provoque des nausées et des vomissements ; généralement les enfants la prennent mieux que les adultes. Quand on poursuit son usage trop longtemps et qu'on la prend à trop haute dose, elle peut provoquer de la diarrhée, des éruptions eczémateuses.

Comme dose, on pourra commencer par deux cuillerées à bouche par jour; dans la majorité des cas il n'y a pas lieu de dépasser cette dernière dose. En effet, 50 grammes d'huile pure représentent 25 milligrammes d'alcaloïdes capables de produire des effets thérapeutiques appréciables, 100 grammes en contiennent 50 milligrammes et constituent, au point de vue alimentaire, une quantité de graisse supérieure à celle qu'absorbe un adulte qui travaille beaucoup. Il est inutile de surcharger l'alimentation de graisses afin d'éviter le dégoût, la satiété et l'inappétence. On choisira de préférence pour administrer l'huile le commencement des repas, et on interrompra pendant une semaine au bout de 15 jours de traitement. L'usage de l'huile doit être suspendu pendant l'été.

On a essayé de masquer l'odeur et la saveur désagréable du médicament par un grand nombre de procédés. Le moyen le plus simple est celui de Ferrand : se laver la bouche avec de l'eau sucrée, mouiller l'intérieur du verre où l'on versera l'huile, ajouter un peu d'eau, puis l'huile elle-même, boire rapidement et se rincer la bouche avec de l'eau aromatisée ; manger tout de suite.

MÉDECINE NAVALE

—

Le corps de santé de la marine et le nouveau décret sur les études médicales

Le nouveau régime des études médicales doit commencer à fonctionner à partir de l'année scolaire 1895-1896 ; c'est-à-dire que pour la dernière fois, au mois de novembre de la présente année, les aspirants au doctorat en médecine serond admis à prendre leur première inscription à la date réglementaire en justifiant de leurs deux baccalauréats ès lettres et ès sciences, et à faire leurs études sous le régime du décret de 1878.

Cette réforme intéresse au plus haut point le corps de santé de la marine, dont le mode de traitement va subir une nouvelle perturbation. Aux termes du décret, en effet, les trois écoles préparatoires de Brest, Rochefort et Toulon n'ont plus de raison d'être et doivent disparaître. Or, jusqu'à présent, leur existence a été reconnue tellement nécessaire au recrutement du corps de santé qu'elles ont résisté à l'ouragan de destruction qui, il y a huit ans, s'efforça d'emporter les derniers vestiges de ces écoles des ports et d'en effacer jusqu'au souvenir. Qu'adviendra-t-il d'elles dans les circonstances nouvelles? La question vaut d'être simplement et sincèrement exposée. Elle ne paraît susceptible que de l'une ou de l'autre de ces deux solutions : maintenir le *statu quo* avec les modifications que comporte le nouveau décret, ou supprimer définitivement et à tout jamais ce que la marine avait conservé de son ancien enseignement.

I

Examinons d'abord la seconde hypothèse : plus d'école dans les ports. Les futurs médecins de marine, après le certificat d'aptitude conquis près d'une faculté des sciences, se présentent au concours pour l'Ecole de Bordeaux, y entrent et y passent les quatre années désormais tout entières consacrées à l'étude des sciences médicales proprement dites. Cela est simple, clair et éminemment séduisant. Il y a cependant à discuter deux objections sérieuses.

La première a trait à l'augmentation de dépenses qui en résultera pour la marine. Les élèves ne passent actuellement, à Bordeaux, que trois années. La prolongation de leur séjour dans cette école accroîtra de deux façons les frais qu'elle entraîne. D'abord, le temps de présence de chaque élève sera augmenté d'un quart, et ensuite l'effectif de l'école sera lui-même accru de cette même quantité. Or, l'Ecole de Bordeaux coûte déjà très cher à la marine. Elle lui coûte d'autant plus que près des deux tiers des élèves qu'elle y entretient ne lui sont d'aucune utilité, enlevés qu'ils sont, dès leur doctorat, pour le service des colonies. Personne n'est plus dupe aujourd'hui de la brillante fantasmagorie de chiffres, à l'aide de laquelle on fit croire jadis aux Chambres que la création de l'Ecole supérieure de santé de Bordeaux réalisait une économie sur l'ancien mode d'enseignement par les trois écoles des ports. Chacun sait trop bien à quoi s'en tenir à ce sujet pour qu'on puisse essayer de représenter maintenant l'accroissement du séjour dans cette école, comme susceptible de diminuer encore les frais. Il n'y a donc point à prouver ici ; il suffit d'affirmer que cette solution sera très coûteuse et pèsera lourdement sur le budget du corps de santé, qu'on trouve toujours trop considérable. Mais, enfin, plaie d'argent n'est pas mortelle, et nous sommes peut-être toujours assez riches pour payer la gloire de Bordeaux,

La seconde objection est plus grave. Quoiqu'on en ait dit autrefois pour les besoins d'une mauvaise cause, le recrutement des médecins de marine est régional. Il s'opère

presque entièrement dans les départements côtiers et principalement dans ceux qui se groupent autour des trois arsenaux où existent les écoles de médecine.

Si élastiques que soient les chiffres, à quelque triturations qu'ils se prêtent, les statistiques recueillies à l'envi en 1886 ont péremptoirement démontré que les amorces des trois petites écoles de Brest, de Rochefort et de Toulon étaient indispensables à assurer le recrutement de l'Ecole supérieure.

Le nombre des élèves étrangers à ces trois écoles qui, dans ces dernières années, sont venus prendre part aux concours d'entrée à Bordeaux en serait une nouvelle preuve, s'il en était besoin. Dans de telles conditions, on serait autorisé à taxer d'imprudente la mesure qui risquerait de tarir d'emblée la source où s'alimente le corps de santé. Ce n'est point une décision qu'on puisse prendre à la légère. L'intérêt en jeu est trop grave. Le service médical de la flotte en temps de guerre est déjà bien précaire. Risquer de le sacrifier complètement pour l'avantage d'une faculté qui s'alimente insuffisamment par elle-même, serait d'un patriotisme trop léger pour qu'on courre ce risque de gaieté de cœur. Il y a un cri d'alarme à jeter, et, devant cette éventualité on a le droit et le devoir de crier : « Casse-cou ! »

II

L'autre solution est moins brillante, nous en convenons, mais combien plus sûre! Elle consisterait à conserver dans les écoles annexes l'enseignement des sciences naturelles qui y est d'ailleurs admirablement donné, et pour lequel aucune ressource matérielle ne fait défaut (jardins, musées, laboratoires, etc.). Ces écoles qui ont été jusqu'ici favorisées de l'équivalence avec les facultés de médecine, en ce qui concerne cette première année d'études, pourraient, sans invraisemblance, être assimilées sous ce même point de vue aux facultés des sciences. Les examens probatoires seraient passés devant ces dernières au lieu de l'être devant des facultés de médecine et, en réalité, rien de fondamental ne serait changé à l'état de choses actuel. Cette mesure, qui, tout esprit de bonne foi en conviendra, ne compromettrait en rien l'instruction des futurs docteurs, sauvegarderait le recrutement du corps de santé; c'est là le principal. Mais nous voudrions, dans l'intérêt des finances de l'Etat, qu'on la complétât par une semi-innovation qui permettrait de maintenir à trois années la durée du séjour à Bordeaux. La première année de médecine, uniquement consacrée à l'anatomie, se ferait très avantageusement dans les écoles des ports. Les amphithéâtres d'anatomie y offrent d'importantes ressources. Il y a là des richesses qu'on n'utilise plus. Ç'a été toujours une tradition parmi les médecins de marine que la faveur dont ils ont entouré les études anatomiques et les travaux de dissection Il suffirait, pour s'en convaincre, de consulter les calepins de l'ancien premier examen du doctorat, à l'époque où les aide-médecins et les jeunes médecins de seconde classe subissaient presque tous cette épreuve devant la Faculté de Paris. Or à Bordeaux, les sujets sont rares, les jeunes gens se plaignent d'y disséquer trop peu et que le chien vivant remplace trop souvent l'homme mort dans les exercices de médecine opératoire. D'un autre côté, dans la marine, en dehors même du corps de santé, on commence à avoir conscience de l'abandon où languissent les exercices d'amphithéâtre. On sait que les médecins en ont désappris le chemin. On le regrette vivement, à juste titre; on s'en étonne moins justement, car la vie à l'amphithéâtre n'a en elle-même rien que de pénible et de répugnant, et il est exceptionnel qu'on s'y adonne de son plein gré, par pur amour de l'art, lorsqu'aucun intérêt direct de carrière ou d'enseignement n'y incite ; et la suppression du concours a fait disparaître cet intérêt. Il est possible et facile de trouver dans l'application du nouveau décret le remède à une situation regrettable, en gardant les étudiants dans les ports pendant leur première année d'études mé-

dicales vraies. Ils continueraient donc à y recevoir l'instruction scientifique préparatoire ; ils y feraient un an de bonne et solide anatomie, se préparant par des dissections sérieuses à l'habileté manuelle que réclamera plus tard la médecine opératoire.

Il nous paraît n'y avoir rien que de très logique dans le projet que nous venons d'exposer. S'il était adopté, et qu'on le complétât par une sérieuse organisation du stage des médecins de 2e classe, qu'il serait folie de faire faire à Bordeaux, et, par l'adjonction d'examens pratiques pour l'obtention des grades de médecin de 1re classe et de médecin principal, on rendrait au corps de santé une vie et, disons-le franchement, une valeur qui périclitent.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur,

Je fus très heureux de lire, dans mon *Union médicale* du 6 février dernier, une communication faite par M. Teissier à la Société de médecine de Lyon, relative à un cas de pneumonie apyrétique observée chez un adulte.

Ayant eu la même rare occasion d'en observer un, chez une petite fille, je vous demanderais la permission d'en dire un mot.

A..., Albanaise, six ans et demi, blonde, lymphatique, délicate, alitée depuis quelques jours.

Le 16 décembre 1893, lors de ma première visite, toux légère, expectoration insignifiante, apathie, affaissement, extrémités refroidies, T. 36,6, P. petit, mou, *intermittent*, sans fréquence, R. presque normale, aucune rougeur sur les pommettes, pas de vomissements, pas de points de côté. Examen du thorax négatif, si ce n'est quelques gros râles perdus çà et là.

Comme des cas de choléra se voyaient encore, alors, dans la capitale, je pense un instant à l'invasion de ce fléau; mais, n'en trouvant point les éléments constitutifs au complet, je me résigne à observer la marche ultérieure de la maladie avant de prendre un parti hâtif.

Quelques jours se passent sans une bien grande modification dans l'état de la malade, sauf que le pouls s'est relevé et s'est régularisé sous l'action de la caféine administrée à la dose de 0,10 centigr. plusieurs jours de suite.

Vers le cinquième jour, enfin, la toux devient plus forte, les crachats plus épais, plus consistants, sans, cependant, offrir le caractère rouillé. A l'examen, on découvre un foyer pneumonique au lobe supérieur gauche, en arrière, avec un magnifique souffle tubaire, mélangé de râles crépitants fins dans une certaine zone. La T. oscille entre 36 et 36 et demi, sans atteindre 37. Inutile d'ajouter que toutes les précautions sont prises soit pour la sensibilité du thermomètre, soit pour le temps suffisant afin d'obtenir des indications exactes.

La maladie a évolué assez régulièrement jusqu'au commencement de janvier 1894 où la propagation se fait vers les parties inférieures et la résolution ne se fait que un mois et demi après le début de la maladie.

Ne pouvant nous guider ici par la thermométrie pour déterminer au juste le cycle évolutionnel, nous en sommes réduit aux signes sthétoscopiques et à la manière d'être de la malade pour diriger la médication et le régime.

Quelle que soit l'interprétation essayée, que ce soient les germes pathogènes qui soient susceptibles de donner naissance à des produits tantôt pyrétogènes et tantôt hypothermisants, ainsi que le formule M. le professeur Potain, notre éminent maître, ou que ce

soit une modalité particulière de l'organisme de se comporter suivant sa constitution spéciale envers ces mêmes germes pathogènes, le fait n'en reste pas moins acquis. C'est qu'il y a des pyrexies sans fièvre, comme il y a des fièvres éruptives sans éruption.

Une autre particularité très utile à noter ici comme ailleurs, c'est l'intermittence du pouls. Sans être constant, ce caractère du pouls est si important dans les pneumonies que, sans autre examen thoracique, à l'aide de ce signe et en s'aidant de l'extérieur du malade on tomberait 99 pour 100 juste en pensant à une pneumonie. Ce fut ce signe qu m'a éveillé dans le cas qui vient d'être relaté. Les maladies propres du cœur sont naturellement hors de cause.

Avant d'en finir avec le chapitre de la pneumonie, je profiterai de l'occasion pour attirer l'attention sur un signe que je n'ai observé, il est vrai, qu'une fois, chez un adulte, mais qui, s'il venait à être confirmé par d'autres observateurs, acquerrait une grande importance et serait un élément de plus dans l'appréciation de la maladie : c'est la sécheresse et l'enduit grisâtre de la moitié de la langue correspondante à la lésion pulmonaire. J'ai été, en effet, frappé de voir chez un malade atteint de pneumonie droite, la moitié droite de la langue aussi sèche que possible, tandis que l'autre moitié restait parfaitement humide et formait un contraste saisissant avec elle.

Je ne sais si cela est noté déjà par d'autres, car je n'ai pas les auteurs nécessaires sous à main, j'expose la chose sans prétention aucune et en attends la confirmation.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Tiryakian, de la Faculté de Paris.

Constantinople, le 16 mars 1894.

BIBLIOTHÈQUE

Rhinologie, Otologie, Laryngologie, enseignement et pratique de la Faculté de médecine de Vienne, par le docteur Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, chargé d'une mission par le ministère de l'instruction publique. — G. Carré, Paris, 1894.

L'auteur a réuni dans ce volume les notes qu'il a recueillies au cours d'une mission scientifique en Autriche. Par son importance et son étendue, cet ouvrage est plus qu'une simple relation de voyage ; c'est une étude des plus complètes, richement documentée et très fouillée en ses détails, sur l'organisation des études médicales, et en particulier de l'enseignement des spécialités, à la Faculté de médecine de Vienne. Ce livre vient bien à son heure, à un moment où s'élaborent chez nous tant de projets de réformes médicales ; il nous montre les procédés que l'Ecole viennoise a mis en œuvre pour atteindre sa célébrité incontestée, qui chaque année y attire des milliers d'étrangers, et il établit un parallèle très instructif entre ce qui se passe chez elle et chez nous

La seconde partie de l'ouvrage nous initie à la pratique des maîtres autrichiens, laryngologistes et otologistes ; présentée sous une forme didactique, elle forme un véritable traité de thérapeutique des maladies du nez, de la gorge et des oreilles, d'après les méthodes en usage dans les services de Politzer, de Schrœtter, etc , d'autant plus utile à consulter que tous ceux de nous qui exercent ces spécialités suivent et suivront encore longtemps les enseignements de la grande Ecole viennoise.

L'Hygiène nouvelle dans la famille, par le docteur A.-A. Cancalon ; préface du docteur. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. (Deuxième édition augmentée). — Société d'éditions scientifiques, Paris, 1894.

Ce volume, qui fait partie de l'*Encyclopédie des connaissances pratiques,* est un ouvrage destiné à instruire le grand public. Il est éminemment utile à tous ceux qui désirent

s'initier sans effort, en faisant une lecture agréable, à des questions dont personne ne saurait se désintéresser aujourd'hui. Voici les titres des principaux chapitres : Evolution et progrès de la médecine, évolution et progrès de l'hygiène, découvertes de Pasteur, l'hygiène publique, les maladies pestilentielles, peste, choléra, quarantaines, l'antisepsie dans la famille, l'antisepsie obstétricale, le nouveau-né, l'hérédité, le mariage, la tuberculose, sa gravité, ses récidives, sa contagiosité, mesures défensives contre cette maladie, le régime normal, la chaleur, le vêtement, l'appartement, le choléra, l'influenza signes lointains et symptômes précoces des maladies, etc. Nous avons, du reste, dit tout le bien que nous pensons de ce volume lors de sa première édition en juin 1893.

—

FORMULAIRE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX ET DES MÉDICATIONS NOULELLES POUR 1894, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le docteur HUCHARD, médecin des hôpitaux. Cinquième édition. 1 vol., cartonné, 3 francs. — Paris, J.-B. Baillère et fils.

M. Bocquillon-Limousin est l'auteur de trois Formulaires dont le succès va toujours croissant, grâce à leur ingénieuse conception et au soin avec lequel ils sont tenus au courant des progrès de la thérapeutique : le *Formulaire des alcaloïdes*, le *Formulaire de l'antisepsie*, et le *Formulaire des médicaments nouveaux* arrivé à sa 5e édition

Les formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels. Un peu dérouté au milieu de cet arsenal exotique, dont la posologie est incertaine, ce n'était pas sans inquiétude que les médecins ordonnaient et que les pharmaciens livraient à leurs clients des produits de synthèse mal purifiés et des drogues vaguement déterminés. Les voici en possession d'un guide précieux, grâce à ce formulaire, qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

Parmi les 500 articles importants qu'il renferme, nous citerons l'*antipyrine*, la *caféine* la *cocaïne*, l'*exalgine*, l'*hypnone*, l'*ichtyol*, les *injections d'huile*, la *kola*, le *menthol*, le *naphtol*, la *phénacétine*, la *résorcine*, la *saccharine*, la *salipyrine*, le *salol*, le *strophantus*, le *sulfonal*, etc.

L'édition de 1894 contient un grand nombre d'articles nouveaux, parmi lesquels nous, signalerons les suivonts : *Abrine*, *Alumnol*, *Benzonaphthol*, *Bétol*, *Chloralose*, *Crésotal*, *Eucalyptol*, *Extraits d'organes*, *Gallanol*, *Gallobromol*, *Kola*, *Liquides Capsulaires*, *Cérébral*, *Pancréatique*, *Testiculaire*, *Thyroïdien*, *Pental*, *Sérum artificiel*, etc., qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire.

Le *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon-Limousin est donc le complément indispensable des Formulaires précédemment parus, et notamment du *Formulaire officinal et magistral* de Jeannel, qui reste toujours le plus complet de tous.

COURRIER

—

MORT DE BROWN SÉQUARD. — Tous les journaux politiques ont annoncé la mort et consacré plusieurs de leurs colonnes à l'éloge de ce savant. Pous notre part, nous nous bornerons à rappeler que Brown Séquard, né à l'Ile Maurice d'une famille anglaise, vint d'abord en France, quitta notre pays pour l'Amérique, puis y revint, sans jamais vouloir demander autre chose, paraît-il, que ce qu'on appelle la petite naturalisation.

Comme physiologiste, il laisse de très nombreux travaux qui ne feront jamais oublier ceux du très grand Claude Bernard, qu'il remplaça, à sa mort, dans la chaire de méde-

cine expérimentale du collège de France. Il fut nommé, en 1886, membre de l'Académie des sciences.

Il est inutile de rappeler sa dernière création, sortie peut-être un peu trop, cette fois, du domaine scientifique, sans qu'il y ait probablement de la faute de son inventeur.

L'avenir dira ce qui est réservé à cette méthode.

La place laissée vacante à l'Institut par Brown Séquard va probablement être l'objet de quelques campagnes académiques. Le corps médical cherchera, sans doute, à regagner ce siège occupé autrefois par Vulpian, si nous avons bonne mémoire, et ils n'auraient peut-être pas tort, car les physiologistes occupent trois places quand médecins et chirurgiens n'en ont que quatre, ce qui nous paraît un peu disproportionné.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Pozzi est promu officier de la Légion d'honneur ; M. le docteur Girard (Grenoble) est nommé chevalier.

— Dimanche a eu lieu l'inauguration de l'Asile des vieillards de la Tronche, créé par la ville et les hospices de Grenoble. M. le docteur Girard, président des hospices de Grenoble, a reçu, à cette occasion, la croix de la Légion d'honneur.

— Le docteur Passant vient d'être nommé commandeur de l'ordre impérial du dragon d'Annam.

— M. le docteur Taulier a été élu, hier, sénateur de Vaucluse.

Université riche. — On connaît la richesse de l'Université de Moscou due aux dons des particuliers. Les étudiants nécessiteux obtiennent des bourses variant entre 200 et 2,400 francs par an. En 1893, l'Université possédait, comme fonds de secours, près de 9 millions de francs (2,498,068 roubles); le budget de l'Université était de presque 4 millions de francs (933,097 roubles).

Le service de santé de la marine autrichienne. — Le corps de santé de la marine autrichienne comprenait sur le pied de paix 62 officiers pour un effectif de 8847 marins.

Voici la répartition de ces médecins par grades :

1 Amiral-médecin d'état-major (contre-amiral). — 1 Médecin principal d'état-major de 1re classe (capitaine de vaisseau). — 2 Médecins principaux d'état-major de 2e classe (capitaine de frégate). — 6 Médecins d'état-major (capitaine de corvette). — 18 Médecins de vaisseau (lieutenant de vaisseau de 1re classe). — 18 Médecins de frégate (lieutenant de vaisseau de 2e classe). — 16 Médecins de corvette (enseigne).

Sur le pied de guerre on compte 31 médecins de plus répartis dans les quatre derniers grades, qui se recrutent parmi les médecins de corvette provisoire (correspondant aux médecins auxiliaires de notre marine) recrutés eux-même parmi les docteurs en médecine civils, les volontaires d'un an, les médecins de réserve et les aide-majors de l'armée active célibataires et âgés de moins de 32 ans. Pour devenir titulaires les médecins de corvette provisoires doivent avoir servi au moins six mois à la mer.

Jusqu'au grade de médecins de vaisseau, l'avancement se fait à l'ancienneté; il a lieu ensuite soit à l'ancienneté, soit au choix. Entre chaque grade, il faut avoir été embarqué au moins un an. Il n'y a point de limite d'âge précise; la retraite se fixe d'après l'aptitude physique.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE

Trente-cinquième Assemblée générale

Tenue à Paris, les 1er et 2 avril 1894, sous la présidence de M. Lannelongue

Première Séance

M. Lannelongue, président, ouvre la séance à deux heures en prononçant l'allocution dont nous avons donné un court aperçu dans notre numéro du 3 avril.

M. Brun, trésorier, expose la situation financière de l'Association :

Les finances de l'Association sont toujours en voie de prospérité, et notre dernier inventaire nous a permis de constater encore un notable accroissement de capital ; capital bien précieux avec lequel nous avons pu constituer 78 pensions viagères actuellement existantes, et qui vous servira demain à constituer des pensions nouvelles de 800 francs chacune, si vous acceptez les propositions du Conseil général.

Les Sociétés locales ont tout particulièrement contribué aux recettes du dernier exercice... Ensemble, les sociétés locales ont versé à la caisse générale de l'Association, la somme de fr. 22,519 82.

Toutes les faveurs sont pour notre caisse des pensions viagères... L'accroissement qui s'est opéré pendant le dernier exercice est de fr. 64,928 89... Les donataires de la caisse des pensions, pour le dernier exercice, sont MM. les docteurs Brun (Auguste), Burdel (de Vierzon), Cordes (de Genève), Féréol, Hérard, Hugot (de Laon), Keloch, Lannelongue, Lereboullet, Leroux (de Versailles), Lerou-Dupré (de Bellevue), Marjolin (René), Millard,

FEUILLETON

Pour l'amour du Latin...

A mes sept cents et tant confrères de l'Inde.

Le jour où, dans les immenses chantiers de construction qui s'étendaient autour des gigantesques assises de la Tour de Babel, les hommes s'aperçurent tout d'un coup qu'ils ne se comprenaient plus entre eux, leur stupéfaction dut être grande ainsi que leur ennui, et ce fut certainement pour les polytechniciens de l'époque une cruelle blessure d'amour propre que d'être contraints de laisser inachevé un monument auprès duquel nos tours de trois cents mètres n'auraient été que jouets d'enfants. Le genre humain cependant paraît avoir peu souffert alors du cahos intellectuel qui s'en suivit. On se groupa entre familles et tribus pourvues des mêmes dialectes, puis chacun de ces

Pfeiffer, Piogey (Gérard), Surmay (de Ham); MM. Marjolin (Georges), Wickham (Georges); Mmes Laillier et Otterbourg; la famille du docteur Barthey.

...Si nous résumons toutes ces données pour établir l'avoir total de l'Association, tant dans la caisse générale que dans la caisse des pensions, en voici le bilan au 1er avril 1894 :

FONDS GÉNÉRAUX

1° En caisse du Trésorier au 1er avril .... 2° Fonds déposés à la Caisse des dépôts et consignations.....	91.069 41

CAISSE DES PENSIONS

1° En caisse du Trésorier. .... 2° Fonds de retraite à la Caisse de la vieillesse pour le service de 78 pensions.................................... 3° Fonds de retraite à la Caisse des dépôts et consignations pour les pensions nouvelles à créer....................	1.626.252 79

D'où résulte que, au 1er avril 1894, l'avoir de l'Association, non compris les rentes constituées et les nues-propriétés, est de fr. 1,717,322 20.

La parole est donnée à M. Philbert, pour lire son rapport sur la gestion financière du trésorier ; les applaudissements unanimes de l'assemblée soulignent les conclusions de ce rapport.

M. Lereboullet lit le compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant les années 1893. Après avoir fait l'éloge des membres de l'Association décédés, les docteurs Rimbaud, Nivet, Grille, Peter, Vidal, Richelot père, et salué les nouveaux à la vice-présidence ou au Conseil général, MM. Colin, Cornil, A.-J. Martin, Reynier, Delvaille, etc., l'orateur s'exprime ainsi :

D'après les renseignements que nous avons recueillis et qui comprennent 87 sociétés locales, le nombre des admissions a été cette année au moins égal à celui de l'année dernière. Il dépasse de plus de cent le chiffre des décès et des démissions. Applaudissons tout spécialement aux succès de la Société de la Somme, qui a recueilli à elle seule vingt-neuf adhésions nouvelles et qui a donné aux autres Sociétés locales l'exemple de ce que peuvent les efforts individuels mis au service d'une bonne canse.

L'année dernière, nous pouvions conserver l'espérance de voir le règlement d'administration publique rédigé en vue d'assurer l'exécution de a loi sur l'exercice de la méde-

---

groupes s'en alla de son côté, s'enfonçant très loin à travers les étendues inhabitées des continents. Les voies de communication incréées, la lenteur des moyens de transport, mesurée à ce que des brebis peuvent tondre de plaine en un jour, empêchèrent qu'on ne s'aperçut du préjudice causé par la confusion des langages. Et cela dura ainsi des siècles et encore des siècles.

Plus tard, quand les peuples accrus en arrivèrent à se toucher sur leurs frontières, se déformant par pression réciproque, comme les cellules épithéliales qui se respectent, ils commencèrent à être un peu gênés. La nécessité fit que tout le long des lignes de contact les gens des pays limitrophes apprirent et parlèrent les langues des deux nations contiguës; et cela suffit, pendant une autre série de siècles, au fonctionnement des relations internationales. Puis les communications se multiplièrent, on voyagea plus fréquemment et plus vite, on voisina pour échanger les produits du sol, et de l'industrie très souvent, plus souvent encore pour échanger des coups et s'extraire des veines, réciproquement, des quantités prodigieuses de sang. Nous en sommes encore à cette période-là, avec cette circonstance aggravante que le matériel de relations, de négoce et de meurtre s'est perfectionné d'une effroyable façon. On se mélange tant et si bien et si vite entre toutes les parties du globe qu'on en est arrivé à être plus gêné

cine accorder au corps médical de justes compensations aux charges nouvelles dont il était menacé. Parmi ces charges, l'obligation pour le médecin de répondre aux réquisitions de la justice nous semblait de nature à motiver une organisation nouvelle de la médecine légale et un relèvement marqué des chiffres dérisoires alloués comme honoraires aux médecins chargés des expertises. Vous n'avez pas oublié, Messieurs, que ces questions avaient été longuement discutées en 1890 et 1891 par l'Association générale, qu'un de nos collègues, dont le dévouement et le zèle ne nous ont jamais fait défaut, M. le docteur Motet, avait rédigé de lumineux rapports, destinés à faire bien ressortir l'opportunité des résolutions que vous avez adoptées; enfin, que MM. Brouardel et Mottet, auxquels notre président, M. Lannelongue, avait prêté l'appui de son autorité et de son influence, avaient à diverses reprises obtenu de M. le Ministre de la justice des promesses sur lesquelles nous étions en droit de compter.

La publication tout à fait imprévue du projet de décret élaboré par le Conseil d'Etat, bientôt suivie d'un décret conforme, a justement ému ceux qui avaient lutté depuis tant d'années pour défendre les intérêts de leurs confrères.

Sur un seul point, l'unification du tarif des honoraires d'expertises, le décret nouveau nous a donné satisfaction. Quant aux chiffres destinés à fixer les honoraires des réquisitions médico-légales, ils n'ont été élevés que dans des proportions insuffisantes; ils restent tout à fait inacceptables en ce qui concerne les frais de transport.

Enfin et surtout les articles visant la nomination des experts ont été rédigés sans tenir compte ni des travaux de la Société de médecine légale dont M. Brouardel s'était fait l'éloquent interprètre ni des rapports de M. Motet qui, cependant, n'étaient dictés que par une seule préoccupation : celle de servir les intérêts de la société en assurant à la justice le concours le plus éclairé possible de la part des médecins. Il semble même que l'inspirateur du décret du 23 novembre dernier se soit tenu assez à l'écart de ce qu se dit et s'inscrit dans le monde médical pour ignorer non seulement nos vœux, mais encore l'état actuel de nos institutions. Dans une circulaire destinée à interpréter lei nouveau décret et signée par M. le directeur des affaires criminelles et des grâces, on peut lire en effet les singulières déclarations qui suivent: « On a même émis l'avis, au cours de la discussion de la loi, que le choix des magistrats devrait se porter exclusivement sur les médecins qui auraient reçu une instruction technique appropriée. Si

---

que jamais par les conséquences, jadis à peine appréciables, de la cacophonie de Babel. Les savants en sont incommodés plus que tous les autres hommes et les médecins plus que tous les autres savants.

Des publications périodiques, des mémoires, des livres écrits en cent langues diverses s'expédient de partout et se reçoivent partout. Ils s'échangent presque en quelques heures d'un bout de l'Europe à l'autre; ils traversent l'Atlantique dans l'espace de moins d'une semaine. Chaque année, que dis-je, presque chaque mois, nos confrères de tous pays ont pris l'habitude, devenue un besoin, de se réunir en des congrès qui donnent, en petit, une assez juste idée de ce qui passa aux premiers âges, en Mésopotamie, autour de *Birs-Nimroud*. Chacun y fait son petit discours en son idiome maternel et la foule des étrangers applaudit de confiance. En dehors de ces grandes assises scientifiques, quand les congressistes sont rentrés dans leur cabinet, dans leur laboratoire ou dans leur hôpital, chacun d'eux se heurte encore à cette multiplicité des langues; car qui pourrait les savoir toutes? Et il faut recourir au désagrément des traducteurs puisqu'il est indispensable de ne rien ignorer de ce qu'il se fait, se découvre ou s'invente d'important.

Nos pères avaient tourné la difficulté; elle était cependant beaucoup moins sérieuse

sérieuses qu'aient été les raisons invoquées à l'appui de cette proposition, l'organisation actuelle des études médicales en France n'a pas permis d'y donner suite. Il est certain d'ailleurs que *la création d'un enseignement de la médecine légale* pourrait avoir dans l'avenir la plus heureuse influence sur le mode de recrutement des médecins légistes. »

J'ai souligné, dans cette étonnante circulaire, les mots qui prouvent qu'au ministère de la justice un haut fonctionnaire ignore jusqu'à l'existence des professeurs de médecine légale qui sont, je le croyais jusqu'à ce jour, les plus précieux auxiliaires de la justice. Evidemment, M. le directeur des affaires criminelles et des grâces n'a jamais appris l'existence des laboratoires de médecine légale où se font les expertises, où se forment chaque jour, en province aussi bien qu'à Paris, un si grand nombre de médecins légistes distingués...

S'il est vrai qu'au ministère de la justice on ignore l'existence des chaires de médecine légale, il semble qu'au ministère de la guerre on se fasse de singulières illusions relativement à l'organisation du service de santé. Vous savez, Messieurs, avec quelle persévérance nous avons essayé de défendre les vœux que vous aviez maintes fois émis en vue d'assurer le service des étudiants en médecine dans des conditions plus conformes à l'équité et au bon sens. Vous n'ignorez pas non plus que toutes les propositions faites en vue d'obtenir une modification quelconque à la loi militaire ont échoué devant la Commission du Sénat. En vain avons-nous essayé, en nous plaçant au point de vue exclusif de la défense nationale, de combattre un système consistant à incorporer comme soldats des étudiants qui, le jour de la mobilisation, devront être désarmés et versés dans le service de santé. En vain avons-nous réuni, pour les mettre sous les yeux de la Commission, tous les arguments qui démontrent l'insuffisance absolue des cadres du service de santé de l'armée et les avantages que présenterait l'incorporation de médecins auxiliaires destinés à assurer le service des gardes, qui ne se fait plus dans les hôpitaux, ou celui des infirmeries régimentaires où l'on signale de si nombreux accidents. A tous nos arguments, à tous ceux qu'a présentés notre collègue M. Cornil, le ministre de la guerre s'est contenté de répondre que les cadres du service de santé lui paraissaient suffisants. C'est tout au plus s'il n'a pas ajouté, comme n'a pas craint de le faire un autre général, que les médecins étaient inutiles et que l'on improviserait aisément, en cas de guerre, tous les services sanitaires dont on peut avoir besoin...

---

il y a deux cents ans qu'aujourd'hui. Ils avaient pris ou conservé l'habitude d'employer pour les écrits et les discours scientifiques une langue morte que tout le monde parlait, que tout le monde apprend encore et que tout le monde, même aujourd'hui, a pu, sinon parler au moins lire, à une certaine époque de sa vie. Cette langue est restée en usage seulement pour la désignation des espèces animales ou végétales, et l'on se demande où en seraient les naturalistes, s'il en était autrement ! Or, pensez de moi ce que vous voudrez, cher confrère; quelque peine que je puisse ressentir à être tenu par vous pour un cacochyme rétrograde, un faible d'esprit, un fossile, je vous exposerai mon idée toute nue. Pourquoi ne reviendrait-on pas à la vieille coutume?

Dans un rapport dont vous avez lu tout au moins les conclusions et des extraits, le professeur Potain a remarquablement exposé les raisons qui nous font une nécessité de l'étude du latin. J'en avais été d'autant plus séduit que j'étais converti avant d'avoir lu. Je l'étais tellement qu'il ne m'était point venu à l'esprit que quelqu'un de notre confrérie (pardonnez ce vieux mot à mon goût de l'antique) pût penser autrement. Cependant, à quelques jours de là, une cruelle désillusion m'était réservée. La thèse contraire était soutenue, et, qui pis est, très habilement soutenue dans la *Médecine moderne*. Oui, trop habilement; et ma peine en était doublée. Oh ! ce que je l'ai réfutée

Si j'ai cru devoir, Messieurs et chers Collègues, vous avouer, avec la plus entière franchise, l'échec des négociations que nous avons poursuivies en défendant les vœux pris en considération dans nos dernières assemblées, c'est pour vous bien montrer toutes les difficultés que nous rencontrons trop fréquemment encore. Il est heureusement des circonstances où l'autorité des maîtres éminents qui nous prêtrent un si généreux concours et la bienveillance que nous rencontrons au ministère de l'Intérieur nous permettent de continuer dans des conditions moins pénibles la tâche que nous avons entreprise.

Grâce à l'appui de nos conseils judiciaires, si empressés à nous aider toutes les fois que vient à surgir une affaire contentieuse, les cours et tribunaux et l'autorité administrative admettent l'intervention de l'Association et écoutent ses avis. Je ne puis passer en revue toutes les circonstances dans lesquelles nous avons eu à faire accueillir nos justes réclamations. Je ne vous rappellerai, comme exemple, que le procès soutenu par la Société de Saint-Quentin et la satisfaction accordée à deux de nos confrères dont M. le docteur Surnay, s'appuyant sur une consultation fortement motivée, rédigée par M. Deligand, s'était fait l'éloquent défenseur. MM. les docteurs Desprez et Delaissement n'avaient pas été admis à bénéficier du privilège réservé aux médecins par l'article 2101 du Code civil. On alléguait, pour rejeter leur demande, que seules les honoraires des médecins traitants devaient être considérés comme privilégiés; qu'appelés en consultations, MM. Desprez et Delaissement n'avaient plus aucun droit à invoquer le bénéfice de l'article 2101. Sur appel formé par la Commission administrative de la Société de Saint-Quentin, le tribunal a reconnu le bien fondé de cette réclamation. Il en résulte un précédent en vertu duquel les médecins consultants pourront être admis, comme les médecins traitants, à « être colloqués par privilèges pour le montant de leurs productions », ce qui veut dire que les honoraires des médecins consultants constituent une créance privilégiée. Il en résulte aussi cet enseignement que les médecins consultants feront bien toujours de s'entendre avec les médecins traitants pour obtenir le règlement de ces honoraires aussitôt après leurs consultations et sans attendre l'issue de la maladie.

(*A suivre.*)

(en moi-même) cette thèse-là? Je la démolissais, je la pulvérisais, je l'anéantissais, je piétinais sur ses débris informes. Chez moi, en arpentant à grands pas mon cabinet, dans les rues en ruant à travers la foule comme un sanglier dans les vignes, je me colletais avec l'adversaire, je le secouais ainsi qu'un coup de vent fait les frondaisons jaunies de l'automne, je l'étranglais, je l'assassinais, je le broyais... Vous rappelez-vous Delobelle du Nabab ? C'était tout à fait cela. Et tous les jours je devais prendre la plume pour renouveler sous vos yeux mon triomphe; maisje ne la prenais pas. Nouveau Tartarin je brûlais de partir pour tuer le lion ; mais je ne partais pas. Un respect humain me tenait : la crainte de vos railleries ; voyez quel prix j'attache à votre estime !

Mais voici que de là-bas, très loin, par-dessus les infranchissables cimes de l'Himalaya des voix de confrères se sont fait entendre. Des voix nombreuses, toute une armée de voix, 760 voix, dit-on, viennent d'apporter au congrès de Rome, (là, que vous disais-je tout à l'heure) l'expression d'un désir inattendu. Et elles l'ont formulé en latin, bravement, intrépidement. C'est peut-être un peu du latin de Molière ; il n'en est d'ailleurs que plus facile à comprendre : *Postestine saltem parlare latinum* etc... Ce renfort inespéré m'a enhardi et, à mon tour, je m'écrie comme un simple praticien des bords de l'Indus ou de Gange : *Potestine* etc...

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance d'été, se disait-on, et, de fait, il y a peu de membres présents. Ce n'est pourtant pas le Congrès de Rome; car, il faut le dire, il y a peu de chirurgiens de Paris dans la ville éternelle; disons plutôt que les vacances de Pâques surtout éloignent, pour le moment, le public médical de la capitale.

Mais si les sièges sont quelque peu vides, l'ordre du jour n'en est pas moins bien rempli. Et, tout d'abord, l'*à propos du procès-verbal* occupe déjà la moitié de la séance. M. Monod, en peu de mots, relate l'autopsie d'un homme dont il a déjà parlé dans la dernière séance. La balle, entrée par la région temporale droite, a traversé les deux hémisphères cérébraux et, se réfléchissant sur le pariétal opposé, est venue s'arrêter au niveau du pli courbe. Voilà qui est bien; mais M. Delorme et. après lui, M. Tuffier, prennent longuement la parole à propos du procès-verbal, faisant une véritable communication; c'est là un petit truc bien connu, qu'on nous passe cette expression, et M. le président intérimaire Th. Anger, le leur fait remarquer.

M. Delorme attire l'attention de la Société sur un cas de *genou à ressort ou à ressaut*. C'est à la suite d'une chute déterminant une hémohydarthrose et, plus tard, des craquements articulaires, que le cavalier, sujet de cette observation, s'est aperçu de ce curieux phénomène. Dans le mouvement d'extension porté à un certain degré, la jambe, brusquement, s'allonge sur la cuisse, comme si l'articulation se déclanchait. Rien ne se produit d'anormal dans la flexion. Comme on le voit, l'analogie avec le doigt à ressort saute aux yeux. Aussi M. Delorme discute-t-il les différentes théories qui ont été émises à ce sujet. Mais, tout d'abord, il se demande si, dans l'espèce, on n'a pas affaire à une subluxation du fémur en arrière avec déchirure des ligaments croisés; les symptômes présentés par le malade font rejeter ce diagnostic. Est-ce une distension des ligaments latéraux, une déforma-

---

Eh bien! au fond, pourquoi pas?

Deux hommes également instruits et distingués, MM. Jules Tannery et Léon Morel ont essayé, dans le journal *l'Enseignement secondaire* de porter à ce pauvre latin des coups redoutables. Je ne pense pas qu'ils aient encore, cette fois, trouvé le défaut de sa cuirasse. Je n'essaierai pas, pour le défendre, de rééditer les vieux et toujours solides arguments qui sont dans toutes les mémoire. Que l'étude des langues mortes soit une merveilleuse gymnastique de l'intelligence, qu'elle constitue en faveur de ceux qui s'y sont adonnés une indéniable aristocratie de l'esprit, qu'elle soit, pour notre belle et chère langue française elle-même, une sorte de *palladium*, une garantie de son élégance et de sa pureté, une sauvegarde contre la chute à la trivialité et à l'argot, tout cela est tellement évident que personne ne songe à la nier. Ce qu'on lui reproche c'est de ne pas être, pour ceux qui doivent entreprendre l'étude des sciences médicales, d'une utilité réelle, absolue; ce ne serait point une langue de « rapport. » Placer son temps de collège en Tite-Live ou ses économies en Portugal, seraient deux choses à peu près équivalentes.

Or voici que ce latin tant décrié est très bravement appelé à leur secours par des médecins qui ont la franchise de déplorer qu'on ne puisse pas parler toutes les langues

tion des condyles du fémur? Non, puisque toutes ces parties anatomiques sont dans un état d'intégrité parfaite et que ce ressaut ne se produit pas dans les mouvements communiqués et n'a lieu que quand le sujet marche. Comme on le voit, l'explication anatomique est difficile à trouver, et du reste, M. TILLAUX rappelle à la Société qu'il a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un membre inférieur atteint de cette curieuse affection et qu'il n'a absolument rien trouvé.

Reste le spasme fonctionnel, défendu par M. Carlier dans sa thèse sur le doigt à ressort et invoqué dans le cas présent par M. Delorme. Du reste, la marche exagère le phénomène, l'application d'une bande élastique le fait disparaître; ce sont donc les muscles et les fléchisseurs qui doivent être incriminés. Pour notre part, nous nous permettons une petite objection, c'est qu'il nous semble qu'on peut produire ce phénomène même après la mort.

Etant donnée la théorie musculaire invoquée, le traitement en découle naturellement : massage, courants continus, genouillère; c'est ce que conseille M. Delorme.

Le traitement de la contusion grave du rein fait l'objet de la communication de M. TUFFIER, et c'est sur cinq observations qu'il appuie ses conclusions. Dans le premier cas, un vaste hématonne superficiel et profond, une tuméfaction descendant dans la fosse iliaque et déterminant des troubles nerveux par compression l'ont forcé à intervenir; mais, chez ses quatre autres malades, il s'est abstenu, et, pourtant, la pression par tamponnement avait été considérable, l'hématurie persistante; dans presque tous ces cas, la douzième côte était fracturée. La thérapeutique d'expectation amena la guérison de tous ces blessés. Sur cinq sujets, cinq guérisons, dont une après suture du rein et quatre par l'abstention. La conclusion s'impose. L'hématurie n'est pas, par elle-même, une indication opératoire; il faut surtout tenir compte de l'état du blessé et l'expectation est la méthode de choix. C'est aussi l'opinion de M. BAZY, qui pense qu'il est très difficile de différencier la contusion grave de la contusion qui ne l'est pas, et qui a guéri

vivantes. Qu'arrivera-t-il de leur demande inespérée? Je lui souhaite, pour ma part, tout le succès possible. Je sais bien ce qu'on objectera. Le latin n'a pas un vocabulaire qui réponde à la nomenclature scientifique moderne, si étendue et si précise. La clarté des textes y perdra; la concision du style aussi. On sera obligé à des périphrases longues et lourdes qui étireront le discours comme un métal qu'on lamine. Ces craintes sont exagérées. S'il faut des néologismes, on en fera : on en fait bien dans nos langues modernes. Si l'on trouve trop lent de dire comme les Indiens : *Congressum inter omnes gentes*, on dira : *Congressum internationalem* et tout le monde comprendra. Nous aurons appris à lire le latin de Cicéron, mais notre amour-propre se résignera sans peine à écrire celui de son cuisinier. La science n'en éprouvera aucun dommage. Descartes a entrevu, en français, dans une très longue phrase, l'existence et le mécanisme des actions réflexes, mais c'est Willis qui l'a défini, en latin, avec deux mots : *Motus reflexus.*

Il y a autre chose. La prononciation des mêmes signes phonétiques est si différente chez les divers peuples, que le latin parlé par chacun d'eux restera incompréhensible pour les autres. Faites dire le simple nom de *César Augustus* par un Anglais, un Allemand, un Italien et un Grec, et vous verrez l'étrange résultat auquel vous arriverez. Le

aussi deux malades atteints de rupture du rein, sans avoir recours à une opération.

C'est un cas de *résection du rectum pour rétrécissement fibreux* (par la méthode de Kraske), observation due au docteur Grey (de Rio-Janeiro), qui amène M. Routier à la tribune pour faire un rapport. Mais, il faut l'avouer avec le rapporteur, tout est obscurité dans cette observation : étiologie, symptômes et même l'acte opératoire. Pour en donner une idée, il suffit de signaler l'incision extraordinaire faite par le chirurgien brésilien qui, partant de la crête iliaque, traversait la fosse ischiorectale et contournait l'anus. L'hémorrhagie fut insignifiante, au dire de l'auteur, et le contraire est la règle. Enfin, le diagnostic est lui-même incertain; car, d'après les symptômes énumérés, on peut pencher vers le cancer; mais aussi vers la syphilis ou le rétrécissement cicatriciel. A cette occasion, M. Routier rappelle que la première malade opérée en France par lui à l'aide de la méthode de Kraske, a eu une survie de trois ans et demi, ce qui est un beau résultat.

La séance se termine par la lecture d'un travail de M. Quenu sur les *lymphangites anorectales.* Elles sont, pour ce chirurgien, le point de départ des suppurations périanales, et l'auteur a divisé ces suppurations en trois groupes :

1° Le groupe des abcès superficiels (*a* — angioleucitiques; *b* — péritronculaires), il les laissera de côté aujourd'hui;

2° Le groupe des abcès profonds situés dans le mésorectum;

3° Le groupe des abcès profonds situés dans l'espace pelvirectal supérieur.

Le second groupe se forme dans une loge spéciale décrite par M. Quenu, médiane, et qui ne serait autre, si nous avons bien compris, que le dédoublement du mésorectum. Les abcès qui se forment là viennent pointer entre le sommet du coccyx et la partie postérieure du sphincter. Quand on les ouvre, il s'écoule un pus à odeur stercorale; le doigt introduit dans la poche sent la concavité du sacrum et ils sont dus à une lymphangite partant de la muqueuse susphinctérienne.

---

latin ne pourra jamais être, en effet, la langue d'un congrès international. Mais ne serait-ce point déjà considérable qu'il devint celle des mémoires écrits, des publications périodiques, des compte rendus de sociétés savantes ? — On ferait une exception pour les feuilletons, genre peu grave qui ne mérite ni tant d'honneur, ni tant de peine.

Mais alors, direz-vous, vous consentiriez à découronner notre littérature médicale française de tant d'œuvres sur lesquelles le passé lui donne le droit de compter pour l'avenir, œuvres où la richesse, la magnificence de la forme restent admirables, à côté des maîtrises du fond ? Chef-d'œuvres de style, chef-d'œuvres de science, aussi dignes du palais de l'Académie française que de la chaumière de l'Académie de médecine ? Non, je ne suis point ce Barbare ! La science de ces livres-là, c'est de la science déjà faite C'est de la science qu'on expose, et chacun continuera à l'exposer dans la langue de son pays pour la plus grande gloire de celui-ci. Mais tout ce qui est nouveau, tout ce qui est inachevé, tout ce qu'on cherche et qu'on trouve au jour le jour, et qu'on se hâte de publier à travers le monde, voilà, oui, vraiment, ce qui devrait être inscrit en un langage que le monde entier puisse lire et comprendre.

Et maintenant fasse Jupiter que je ne sois pas tout seul à partager l'avis de mes *sept cent soixante mille* camarades hindous.

Dans le troisième groupe, le pus se forme dans l'espace pelvirectal supérieur, comme cela a été décrit, mais leur étiologie obscure s'éclaire de l'étude des lymphatiques, qui permet d'expliquer la formation de beaucoup d'entre eux par une lymphangite partie des lymphatiques hémorrhoïdaires moyens. Ces abcès peuvent s'ouvrir dans les viscères, dans le rectum, le vagin même et pourraient être, dans ce dernier cas, confondus avec une salpingite. M. Quenu en cite un exemple. Ils peuvent aussi pointer à la fesse. M. Quenu en cite encore une autre observation.

Toutes ces suppurations ont ceci de particulier que, s'ouvrant loin de l'anus, elles présentent pourtant un pus fétide qui montre leur origine pelvirectale. Elles sont, enfin, le plus souvent, d'après M. Quenu, dues à des lymphangites ou même à des adénites profondes. E. R.

CONGRÈS DE ROME

ONZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (du 29 mars au 5 avril 1894)

Il a donc pu finir ses travaux, ce Congrès dont la réalisation a été si pénible et, il faut le reconnaître, jamais aucune assemblée médicale n'a réuni autant de membres à la fois. Est-ce à dire pour cela que ce furent là les véritables assises de la science ? Non, trop de politique à notre avis, trop de manifestations gouvernementales, trop de solennités sont venues détourner, à Rome, les esprits des questions de doctrine et de pratique seules causes et seules fins des congrès de médecine.

Nous autres praticiens, tout en pouvant être momentanément flattés de l'honneur qu'on rend à notre profession, nous nous trouvons mal à l'aise pour nos discussions, de l'apparition trop fréquente des monarques et de leurs ministres, et nous n'aimons pas, nous Français, voir l'empereur d'Allemagne envoyer une dépêche de félicitations à son allié, à propos d'un Congrès scientifique, dont nous contribuons à faire les frais.

Ceci dit, reconnaissons que les Italiens ont eu à notre égard une attitude absolument correcte et que les Français ont, de leur côté, par leur nombre montré combien la mesquinerie est éloigné du caractère de leur nation. A en croire la presse, tant politique que médicale, il y aurait à Rome bien près d'un millier de médecins français ; nous voulons bien le croire, mais ils sont alors peu loquaces d'après les compte rendus qui nous sont déjà parvenus. Et pourquoi M. Comby, s'écrit-il : « Il est déplorable de voir beaucoup de sections et, en particulier, celle de la pédiatrie, compter si peu de Français ; nous sommes trois pour représenter le côté français, il faut avouer que c'est peu. » Les merveilles de la Rome des Césars et des Papes détourneraient-elle nos confrères ?

Nous commençons aujourd'hui l'étude des principales questions traitées au congrès ; nous l'avouons franchement, nous n'avons envoyé aucun rédacteur à Rome et nous estimons même qu'il est plus agréable pour le lecteur de trouver une analyse bien faite, rassemblant les menus faits et les discutant au besoin, qu'une énumération plus ou moins claire, envoyée à la hâte par un collaborateur forcément surmené et obligé d'occuper une partie de sa nuit à rédiger les notes prises pendant toute une journée. La médecine, la chirurgie et l'hygiène seront traitées à part.

MÉDECINE

I

Un certain nombre des premières communications faites au congrès de Rome, sont relatives aux maladies infectieuses. Mais, avant de les analyser, il importe de résumer la remarquable conférence faite par M. le professeur Bouchard, sur le *Rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre.* C'est avec un vif regret que nous nous résignons à ne pas reproduire en entier cette étude dans laquelle le maître montre une fois de plus que clinique et expérimentation marchent de pair pour le vrai médecin, mais le peu de place dont nous disposons nous force à nous borner.

Les fébricitants que l'on amène à l'hôpital, dit M. Bouchard, ont une température supérieure d'un degré et plus à la température qu'ils présenteront le lendemain et les jours suivants. De même les visites reçues par les fébricitants élèvent la température et font même reparaître la fièvre lorsque la convalescence est arrivée. L'alimentation, la fatigue musculaire, un trouble intellectuel ou émotif suffisent souvent pour ramener ou provoquer la fièvre. Ces retours de fièvre produits dans tant de circonstances diverses par des causes si variées, dépendent directement de la cause elle-même, qui trouve chez l'homme débile, mieux que chez l'homme sain, un système nerveux capable de subir les influences pertubatrices de la thermogénèse et de la déperdition thermique.

L'organisme est réglé de manière à empêcher automatiquement des écarts de plus d'un demi-degré au-dessus ou au-dessous de la température moyenne du corps. Cependant tout montre que l'homme est beaucoup mieux armé pour empêcher sa température de cesser d'être normale que pour la ramener à l'état normal. Il résiste longtemps aux causes pertubatrices constantes, sans que la vigilance et l'énergie du système nerveux se trouvent en défaut, jusqu'au moment où il est épuisé par la lutte. La période pendant laquelle le système nerveux lutte efficacement contre les causes d'hyperthermie est plus ou moins longue, suivant que son énergie est plus ou moins considérable. Il en résulte que, chez les individus faibles ou affaiblis, chez les débiles, les éprouvés par des maladies aiguës ou chroniques de longue durée, on voit survenir des accès de fièvre ou des recrudescences pour des causes qui, chez l'homme sain, peuvent bien accroître la calorification, mais ne réussissent pas à élever la température.

Les perturbations intellectuelles, émotives, volitives, l'usage prématuré d'aliments, la fatigue corporelle légère peuvent donc provoquer la fièvre chez le débilité. Le travail musculaire intervenant seul suffit parfois à expliquer l'élévation thermique et, pour M. Bouchard, on ne peut plus mettre en doute, aujourd'hui, l'échauffement par l'exercice musculaire. Dans l'état normal, un travail modéré produit chez l'homme une notable élévation de température, qui est bientôt limitée par la perte de calorique qui se produit au niveau de la peau dès que la transpiration commence et qui refroidit la peau d'abord et tout le corps ensuite. Se peigner dans son lit pour une convalescente est un travail musculaire qui entraîne une fatigue pouvant produire la syncope ; il en résulte le plus souvent un accès de fièvre avec élévation de 1 degré, soit parce que le système nerveux trop faible n'a pas su modérer les actions chimiques qui, pendant la contraction musculaire, donnaient de la chaleur, soit parce qu'il n'a pas su proportionner à la chaleur produite le fonctionnement des appareils déperditeurs du calorique.

Lorsque les aliments pris à un repas sont trop copieux ou quand la fonction digestive est languissante, le repas est suivi d'une élévation thermique, soit par action plus grande des énergies glandulaires, soit par action exercée sur le système nerveux par des produits de digestion imparfaite ; c'est la fièvre de mauvaise digestion, c'est la fièvre des dyspeptiques. La température centrale peut alors monter à 39°,4. Quand la débilité d'une longue maladie ou d'une convalescence a fait perdre au tube digestif sa

puissance fonctionnelle, les premiers repas ou les repas disproportionnés à l'état des forces, deviennent causes d'accès fébriles qu'il ne faudrait pas attribuer à une rechute ou à une recrudéscence de la maladie.

Chez l'homme normal, il n'est pas démontré que l'échauffement du cerveau produit par le travail intellectuel amène l'échauffement du corps entier, mais l'activité cérébrale peut, quand elle se produit, dépasser les zones intellectuelles et atteindre les zones thermiques. La fièvre pourrait alors être produite par une action sur la nutrition de tout le corps. Cette élévation de température par le travail intellectuel peu manifeste ou contestée chez l'homme normal, est certaine chez le malade ; tous les cliniciens ont eu occasion de le constater.

Dans la fièvre typhoïde, les bains progressivement refroidis jusqu'à 30° abaissent la température d'un demi degré à 1°, parfois de 3°. Quelquefois la température reste stationnaire, elle peut même s'élever. Sauf de très rares exceptions, les élévations de température dans le bain ne se voient que chez les femmes qui résistent à la balnéation, qui ne la subissent que par contrainte. C'est là l'effet de la lutte et de la fatigue nerveuse.

En résumé, on doit admettre que si un système nerveux robuste sait garantir l'économie contre les variations thermiques, la faiblesse nerveuse rend sa protection moins vigilante ou moins efficace. Les causes dont on constate la réalité à l'état normal produisent alors des actions évidentes. Le système nerveux débilité est un réactif particulièrement sensible pour les agents provocateurs de fièvre.

(A suivre.)

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

Caractères des eaux potables de bonne qualité

L'analyse des eaux n'est pas du ressort de l'hygiène; mais il est indispensable que le médecin connaisse les moyens d'apprécier la qualité de celles qu'on soumet à son examen, qu'il sache mettre en pratique les méthodes simples et d'une application facile qui lui permettent de se renseigner à cet égard.

Les caractères généraux des eaux potables ont été définis de la manière suivante par l'*Annuaire des eaux de France*.

« Une eau peut être considérée comme bonne, quand elle est fraiche, limpide, sans « odeur; quand sa saveur est très faible, qu'elle n'est surtout ni désagréable, ni fade, « ni salée, ni douceâtre; quand elle contient peu de matières étrangères; quand elle « renferme suffisamment d'air en dissolution, quand elle dissout le savon sans former « de grumeaux et qu'elle cuit bien les légumes »

La limpidité de l'eau s'apprécie en examinant une surface blanche à travers une couche d'eau d'une épaisseur déterminée. On se sert pour cela de deux éprouvettes d'égales dimensions; l'une renferme l'eau à examiner et l'autre de l'eau distillée. On juge par comparaison.

Pour reconnaître la mauvaise odeur de l'eau, les chimistes la font chauffer à 40° environ, après y avoir ajouté un peu de lessive de potasse. On lave ensuite à plusieurs reprises, avec cette eau, l'intérieur d'une éprouvette cylindrique, puis on respire par le nez en le mettant au-dessus, de cette éprouvette. Ce procédé permet de saisir assez sûrement, le fumet de l'hydrogène sulfuré.

La saveur de l'eau n'est appréciable que lorsqu'elle renferme de 50 centigrammes à un gramme de sel par litre. Les sels de cuivre et de fer sont les seuls qui se trahissent à la dose de 5 à 6 centigrammes.

La neutralité de l'eau se constate à l'aide du papier de tournesol.

La *dureté* des eaux potables, c'est-à-dire leur richesse en sels calcaires et magnésiens, se reconnait aux grumeaux qu'elles forment avec le savon, et se mesure à l'aide de la méthode *hydrotimétrique*. Cette méthode constitue un procédé d'analyse assez délicat exigeant des appareils et des réactifs qui ne sont pas d'habitude entre les mains des médecins. Le dosage des sels, la détermination de la matière organique et l'examen bactériologique sont encore plus difficiles; aussi est-il préférable, quand ces recherches sont nécessaires, d'envoyer l'eau suspecte dans un laboratoire, après l'avoir recueillie avec les précautions recommandées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, dans son *Instruction* du 10 août 1885 et qui sont les suivantes :

« Pour effectuer la prise d'un échantillon d'eau potable, il faut rejeter les bouteilles de grès ; elles peuvent modifier la dureté de l'eau et sont plus difficiles à nettoyer que celles de verre. Celle-ci doivent être munies d'un bouchon de verre, ou d'un bouchon de liège neuf parafiné.

« Une bouteille de deux litres contient assez de liquide pour l'analyse d'une eau de source ou de rivière très souillée ; deux sont nécessaires pour les eaux des rivières et des torrents ordinaires ; trois pour l'eau des lacs et des sources de montagnes.

« On ne doit se servir que de bouchons neufs et bien lavés dans l'eau où on a puisé l'échantillon.

« Pour prélever un échantillon dans une source, une rivière ou un réservoir, on y plonge la bouteille elle-même, si cela est possible ; s'il faut se servir de l'intermédiaire d'un vase, on veille à ce qu'il soit parfaitement propre et bien rincé à l'eau. On évite de recueillir le liquide à la surface ou d'entraîner les dépôts du fond.

« Pour prendre un échantillon au moyen d'une pompe ou d'un robinet, on laisse couler l'eau qui a séjourné dans la pompe ou le tuyau de conduite, avant de recevoir le jet dans le bouteille. Si l'échantillon représente l'eau d'une ville, on devra le prendre au tuyau qui communique directement à la principale rue et non pas à une citerne.

« Dans tous les cas, on remplit d'abord complètement la bouteille avec l'eau, on la vide, on la rince une ou deux fois avec cette eau, on la remplit enfin jusque près du bouchon et on la ferme solidement. »

COURRIER

Légion d'honneur. — A l'occasion de l'exposition de Chicago :

Au grade d'officier. — M. le docteur Samuel Pozzi, agrégé de la Faculté de médecine de Paris (mission spéciale à l'exposition de Chicago) ; M. Rigaud, fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris.

Au grade de chevalier. — M. Adrian, fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris ; M. Alcan, libraire-éditeur, à Paris ; M. Chambon, directeur de l'Institut de vaccine animale, à Paris ; M. le docteur Claude Martin, fabricant d'appareils de prothèse dentaire, à Lyon.

Officier de l'Instruction publique. — MM. Louis Bureau, directeur du Musée d'histoire naturelle de Nantes ; le docteur Eugène Verrier, secrétaire perpétuel de la Société africaine de France.

Officier d'Académie. — M. le docteur Brémaud (de Brest).

Nécrologie. — MM. les docteurs Haas, médecin du *Calédonien* ; Lemonnier (de Gaillon) ; Lhéritier, ancien médecin de l'empereur Napoléon III ; Louis Potier (de Rouen) ; Pouchet, professeur au Muséum.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

—

L'épandage et le tout à l'égout

Il y aura bientôt trois mois que la Chambre des députés a entendu le rapport de M. Mesureur sur le projet d'emprunt de 117 millions que la Ville demandait à contracter pour terminer les travaux dont le programme a été arrêté, il y a onze ans, par la Commission technique de l'assainissement de Paris.

En rendant compte de ce programme, de son importance et de la nécessité de le réaliser promptement, j'ai pris l'engagement de revenir sur la question capitale de l'*épandage* et du *tout à l'égout* (1). Elle a été discutée comme elle devait l'être à la Chambre des députés (2), et nous avons vu se reproduire les mêmes arguments de commande, les mêmes allégations dénuées de fondement et dont la fausseté a été dix fois démontrée. On devait s'y attendre.

Au fond de tout le débat, il n'y a qu'une question de convenances particulières en lutte avec l'intérêt général et dans ces conditions-là, il n'y a pas à faire la lumière devant des gens qui ferment les yeux, ni à faire entendre la vérité à des gens qui se bouchent les oreilles. Les hygiénistes sont bien fixés, et leur opinion est unanime, mais il est indispensable, pour ceux qui n'ont pas pu étudier le problème *de visu*, de leur montrer les choses sous leur véritable aspect et le moment est opportun, puisque le projet d'emprunt a été soumis le 14 mars à la signature du Président de la République et que les travaux vont commencer.

La salubrité des villes dépend de deux conditions. Il faut qu'elles soient abondamment pourvues d'eau de bonne qualité et qu'elles se débarrassent rapidement de leurs immondices. Cette dernière condition est la plus difficile à remplir, dans les grandes agglomérations. La véritable solution du problème, celle que l'expérience a consacrée consiste à projeter tous les liquides souillés, toutes les matières usées dans un réseau d'égouts bien étanches ayant une pente convenable et parcourus par un courant d'eau suffisant pour entraîner immédiatement le tout hors de la ville, puis à conduire ces eaux vannes sur des terrains sablonneux qui les filtrent et qu'elles fécondent en même temps.

Ce système n'en est point à faire ses preuves ; il est appliqué dans la plupart des grandes villes de l'Europe et il fonctionne depuis vingt-six ans à Paris, sur une très petite échelle, il est vrai. Il s'agit d'en généraliser l'emploi et l'emprunt de 117 millions est destiné à couvrir les frais des installations nouvelles.

Les objections qu'on fait à ce système et qu'il ne faut pas se lasser de réfuter puisqu'on ne se lasse pas de les reproduire, sont les suivantes :

(1) *Union médicale*, numéro du 28 janvier 1894, p. 98.
(2) Séance du 25 février 1894.

Le tout à l'égout applicable dans des villes comme Londres et Berlin, à la faveur d'un réseau créé tout d'une pièce et pour ce but spécial, n'est pas réalisable à Paris, dont la canalisation construite à différentes époques ne forme pas un tout homogène et n'a pas été faite pour recevoir les déjections provenant des maisons voisines.

Ce raisonnement aurait sa valeur s'il s'agissait, du jour au lendemain, de projeter dans le réseau tel qu'il est aujourd'hui, le produit des 136,592 chutes qui desservent les 662,244 maisons de Paris ; mais il n'a jamais été question de rien de semblable. Les partisans du tout à l'égout ont été les premiers à déclarer qu'on ne peut le mettre en usage qu'à la condition de disposer d'égouts parfaitement étanches, sans recoins ni infractuosités, pourvus d'une pente suffisante et parcourus par un ruisseau d'eau courante convenablement alimenté. Il faut, de plus, que les cabinets d'aisances, les chutes et les canaux particuliers des maisons soient installés en vue de cette destination nouvelle.

Le tout à l'égout ne peut donc être appliqué dans Paris qu'aux rues et aux immeubles dans lesquels ces travaux ont été préalablement accomplis. La preuve qu'il en est ainsi, et qu'on n'apporte pas trop de hâte dans cette transformation, c'est que, depuis dix ans, le nombre des écoulements directs n'a pas augmenté d'une manière bien sensible. Il était de 135 en 1882, et de 4,500 en 1890. Cela fait environ 550 chutes nouvelles par an. En admettant que le chiffre en ait augmenté depuis dans la même proportion, il doit être aujourd'hui de 6150 environ. Il n'y a donc encore que la vingt-deuxième partie de la ville qui pratique le tout à l'égout ; la transformation se fera progressivement d'année en année ; elle marchera parallèlement aux grands travaux de voirie qu'elle exige et qui donneront en même temps à notre sous sol la salubrité qui lui manque encore.

L'objection tirée de l'insuffisance d'eaux de source n'est pas plus fondée. Nous en avons aujourd'hui beaucoup plus qu'il n'en faut pour assurer le service des cabinets d'aisances en rapport direct avec l'égout, et les amenées successives qui sont en voie de préparation fourniront le reste.

La question de l'*épandage* est tout aussi bien étudiée. Je ferai remarquer d'abord, qu'elle est indépendante de l'autre. Renonçât-on à projeter les déjections et les eaux ménagères dans les égouts, qu'il n'en faudrait pas moins cesser de déverser leurs eaux dans les rivières sous peine de les infecter comme elles le sont aujourd'hui. Les cours d'eau ne peuvent plus être des déversoirs aux immondices et l'épuration par le sol est le seul moyen pratique de rendre aux eaux souillées la pureté nécessaire pour qu'elles deviennent inoffensives.

C'est, du reste, le procédé employé par la nature, qui, par l'intermédiaire des pluies, entraîne à travers le sol toutes les impuretés atmosphériques et autres, pour les soumettre à une oxydation progressive, à une transformation après laquelle ces eaux filtrées iront alimenter les sources vives qui sont les eaux potables par excellence.

L'épuration par le sol passe par des phases diverses. Les eaux troubles répandues sur un terrain meuble, commencent par déposer à la surface les corps qu'elles tiennent en suspension. Les particules les plus ténues franchissent ce premier obstacle, mais elles sont arrêtées un peu plus bas. L'eau débarrassée des substances insolubles, descend plus profondément encore.

Le sol s'en imbibe, chaque particule de sable ou de gravier s'enveloppe d'une mince couche de liquide et l'eau ainsi divisée s'offre sur une surface énorme à l'air emprisonné dans le sol. L'air, à l'aide de son oxygène, brûle la matière organique et la transforme en acide carbonique, en eau et en azote. Il brûle même l'azote que le feu ne peut atteindre et forme avec lui de l'acide azotique. Cette propriété qu'a la terre végétale de vivifier l'azote a été démontrée par les expériences de M. Schlœsing et Müntz ; ils ont de plus prouvé qu'elle avait pour agents un organisme microscopique, semblable à ceux qui président aux fermentations et susceptible comme eux de fixer l'oxygène de l'air sur les matières organiques les plus diverses (1).

Lorsque le sol est perméable et homogène, il suffit que la couche filtrante ait deux mètres de profondeur pour que l'épuration soit complète. Frankland s'en est assuré par des expériences directes. Tout cela n'est ni contestable ni contesté ; mais les adversaires de l'épandage prétendent qu'il faudrait des terrains beaucoup plus vastes que ceux dont on dispose pour épurer les 300,000 mètres cubes d'eau d'égout que la ville de Paris déverse par jour dans la Seine ; qu'en répandant ces torrents d'eau souillée sur les plaines de la banlieue, on arrivera bientôt à les noyer comme on a fait de ceux de Gennevilliers, on infectera la campagne et on y répandra des maladies. La réponse à chacune de ces objections, est facile.

La plaine de Gennevilliers n'a jamais été inondée, parce qu'on n'y a jamais versé plus de 40,000 mètres cubes d'eau d'égout par hectare et par an, tandis que les expériences faites en Angleterre ont prouvé qu'on pouvait en mettre cinq fois davantage. M. Barley-Denton, en 1870, a pratiqué des irrigations sur les champs d'épandage de Merthyr-Tyafil, à raison de 180,000 et de 240,000 mètres cubes par hectare et par an et le terrain filtrant n'avait que deux mètres d'épaisseur et l'épuration a été complète.

La presqu'île de Gennevilliers, depuis les travaux d'irrigation, est si peu nfectée que la population a doublé, que la mortalité y est moindre qu'auparavant et que le produit des terres y a décuplé. La commission de l'assainissement de Paris et celle du Sénat l'ont constaté par des enquêtes faites sur les lieux, et les délégués du syndicat des cultivateurs leur ont attesté les faits qui précèdent. L'analyse chimique et l'analyse micrographique des eaux recueillies par les drains de Gennevilliers à la suite de l'épandage, ont prouvé que l'épuration ne laissait rien à désirer (2).

Frankland a démontré, en Angleterre, que les habitants des casernes, des écoles, des maisons particulières situées au milieu des champs d'irrigation n'ont pas eu à en souffrir et que leur santé n'en a subi aucune atteinte. En Allemagne, il en a été de même. Les champs d'épandage de Berlin étaient sablonneux, arides et improductifs. Ils ont été transformés par les irrigations en prairies magnifiques, qui donnent deux récoltes par an et nourrissent de 600 à 700 têtes de bétail. Ils occupent de 15 à 1,800 personnes qui se portent à merveille ainsi que les habitants des pays voisins. La municipalité a tellement confiance dans leur salubrité, qu'elle a installé, sur l'un d'eux, un asile de convalescents, et sur l'autre, son école des cadets (3).

(1) Schlœsing et Müntz. Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1878 et 1879.

(2) Rapport du professeur Cornil au Sénat, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi ayant pour objet l'utilisation agricole des eaux d'égouts de Paris et l'assainissement de la Seine, Paris, 1888.

(3) A. Proust. *Progrès médical*, 26 mai 1888.

L'objection du colmatage des terrains qu'on a également soulevée, n'est pas plus sérieuse. L'oxydation de la matière organique est proportionnelle à son abondance ; il se fait un équilibre entre la quantité enfouie et l'intensité de la combustion. L'expérience est encore ici d'accord avec la théorie. La ville d'Edimbourg verse depuis 80 ans des eaux vannes, à raison de 40,000 mètres cubes par an et par hectare, sur la même prairie, sans que celle-ci ait rien perdu de ses propriétés épuratrices. Il en est de même des champs de Gennevilliers, qui servent depuis 27 ans.

L'insuffisance des terrains propres à l'épandage et situés dans la banlieue de Paris, ont été l'argument principal opposé par les ennemis du système et cependant voilà bien longtemps déjà que le travail de M. Ad Carnot l'a réduit à néant (1). Il a dressé et soumis à la commission de l'assainissement de Paris, dont il fait partie, une carte très détaillée, dans laquelle il a montré qu'on trouvait, dans un rayon de 50 kilomètres autour de Paris, 30,000 hectares de terrains propres aux irrigations. Tous, assurément, ne sont pas disponibles, les uns parce qu'ils sont couverts d'habitations et de cultures, les autres parce que l'altitude en est trop grande ; mais, en défalquant toutes ces non-valeurs, il reste encore dix fois plus de terrains immédiatement utilisables qu'il n'en faut pour filtrer toutes les eaux d'égout de la capitale. En effet, à raison de 40,000 mètres cubes par an et par hectare, quantité fixée par la loi, il ne faut, en somme, que 2,725 hectares pour les épurer ; hors, Gennevilliers en fournit déjà 800 qui sont en service, Achères va très prochainement en livrer autant à l'épandage ; il ne restera donc plus à trouver que 1125 hectares, qui sont désignés à l'avance, ce sont les terrains des Mureaux et de Méry-sur-Oise.

Il n'y a donc pas de souci à avoir pour l'avenir ; il ne s'agit que de dépenses à faire et les crédits sont votés. Plus tard, si les besoins l'exigent, si, comme la chose paraît probable, la quantité des eaux d'égout augmente, on utilisera quelques-uns des terrains indiqués dans la carte de M. Ad. Carnot. On a de la marge ; toute la vallée de la Seine renferme des champs sablonneux et improductifs que féconderaient nos eaux d'égouts et, si l'on en juge par l'empressement des cultivateurs de Gennevilliers à les accueillir, les propriétaires chez lesquels les canaux d'irrigation pourraient les conduire, n'en laisseraient pas aller une goutte à la mer.

Jules ROCHARD

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE

Trente-cinquième Assemblée générale

Tenue à Paris, les 1er et 2 avril 1894, sous la présidence de M. LANNELONGUE

Suite et fin (2)

Première Séance

IV. — Je vous expliquais l'année dernière, Messieurs et Chers Collègues, que les pensions que nous assurons à nos confrères doivent être gagées par un capital versé à la

(1) Ad. Carnot, ingénieur en chef des mines, Etude sur les terrains propres à recevoir les eaux d'égout de la ville de Paris, Paris, 1888.

(2) L'abondance des matières ne nous a pas permis de terminer ce compte rendu dans notre dernier numéro. Voir l'*Union médicale* du 7 avril 1894.

Caisse des retraites et jouissant par là même d'un intérêt privilégié. Cette année, un capital de 228,570 francs sera affecté à la constitution des pensions nouvelles et celles-ci, au nombre de dix, seront portées à 800 francs. Ce n'est point sans hésitations, sans avoir mûrement étudié sous toutes ses faces cette question évidemment controversable, que le Conseil général s'est arrêté à une décision qu'il soumet avec confiance à votre approbation souveraine. Quelqu'un de ses membres avaient été d'avis que la constitution de deux ou trois pensions de douze cents ou de mille francs aurait l'avantage de mieux marquer le but que nous prétendons atteindre dans un avenir relativement prochain ; d'autres estimaient qu'il serait préférable d'élever à un taux uniforme toutes les pensions, anciennes ou nouvelles, votées par la Commission spéciale. Entre ces deux opinions, nous avons préféré celle qui, tout en évitant qu'un trop grand écart entre les pensions nouvelles et les pensions anciennes suscitât de légitimes protestations, nous permettait de bien marquer notre désir de marcher rapidement dans la voie que nous ont tracée nos prédécesseurs. A dater de ce jour, toutes les pensions nouvelles seront de 800 francs, — il était malheureusement impossible, vu l'état de nos ressources, d'augmenter les pensions anciennes. Bien plus, le nombre des extinctions arrivant à compenser à peu près régulièrement celui des nouvelles demandes, il est permis d'espérer que très prochainement le chiffre de ces pensions sera élevé à 1,000 francs. Ainsi donc, chacun de ceux de nos confrères que la maladie ou des malheurs immérités auront rendu incapable de continuer l'exercice de sa profession recevra non une aumône, non un secours, mais un titre de rente nominatif, inaliénable, insaisissable, qui lui prouvera que, dans notre famille médicale, les mots de solidarité et de confraternité ont un sens qui montrera surtout, comme l'a si bien dit notre collègue M. Motet, que tous les médecins qui ont contribué à fonder ou à enrichir la Caisse des pensions viagères ont le droit de réclamer, avec tristesse peut-être, mais sans baisser la tête, ce que nous leur devons le jour où, atteints par l'infortune, ils sont devenus plus dignes de notre sympathie.

Nous avons applaudi à la création de l'*Association amicale des médecins français* qui réalise un vœu que nous avions plusieurs fois exprimé dans nos précédents rapports. Si cette Association devient prospère, si un nombre suffisant de médecins, assez aisés pour pouvoir prélever sur leur revenu de chaque jour le taux relativement élevé de la cotisation annuelle, assez peu fortunés pour avoir besoin d'une indemnité en cas de maladie, consent à souscrire aux conditions inéluctables imposées par ses statuts, l'Association générale, qui se préoccupe surtout de donner le plus possible à ceux qui n'ont pas le moyen de lui donner beaucoup, se félicitera de ce succès ; elle n'y perdra rien de son activité bienfaisante. Et le jour où parmi ses membres se trouvera une majorité suffisante pour admettre la nécessité de la création des livrets individuels et des œuvres d'assurance annexées à l'œuvre d'assistance qui est et restera son objectif principal, nous n'éprouverons plus autant de difficultés à faire admettre, suivant les catégories créées par de nouveaux statuts, des chiffres de cotisation approximativement égaux à ceux dont nos confrères ont fini par reconnaître la nécessité. S'il arrivait, au contraire, ce qui, nous le souhaitons vivement, ne se réalisera pas, que le corps médical français se montrât réfractaire aux idées de mutualité en fait d'assurances, nous ne pourrions que nous féliciter de ne point avoir trop chaleureusement encouragé nos Sociétés locales à tenter individuellement ce que la loi nous interdit encore de faire nous-mêmes.

Déjà cependant quelques-unes d'entre elles, désireuses de réaliser dans la mesure du possible, et surtout de préparer pour l'avenir la création de caisses d'indemnité-maladie, ont accepté les conclusions provisoires du rapport que vous avait lu l'année dernière notre collègue, M. Bucquoy. De divers côtés nous voyons, en effet, voter chaque année

une somme plus ou moins élevée, destinée à assurer, en cas de besoin, le service de l'indemnité-maladie. La Société de la Seine-Inférieure a fait plus encore, elle a introduit dans ses statuts une série d'articles nouveaux destinés à assurer à ceux de ses membres, qui en feront la demande, une indemnité-maladie calculée proportionnellement aux fonds obtenus à la suite de cotisations volontaires et supplémentaires souscrites en vue de ce risque spécial.

Il ne vous échappera pas, Messieurs et chers Collègues, que l'organisation projetée par la Société de la Seine-Inférieure et approuvée par le préfet de ce département, ne présente que de lointaines analogies avec les statuts de l'Association amicale. Celle-ci est une Société d'assurances. Ses membres sont certains d'obtenir, pour chaque jour de maladie, une indemnité fixe, correspondant à une cotisation également fixée à l'avance. Cette indemnité chacun de ses membres devra la toucher; elle est de droit strict. Tout au contraire, la Société de la Seine-Inférieure qui ne réclame que 8 francs par an à ses adhérents, ne pouvait leur promettre, en cas de maladie, une indemnité de droit suffisamment rémunératrice; aussi a-t-elle nettement spécifié que l'indemnité journalière au lieu d'être fixe serait calculée proportionnellement aux fonds obtenus, et que la commission administrative serait appelée chaque année à statuer sur les demandes d'indemnité et à en fixer la quotité et la durée. N'est-ce point indiquer explicitement que l'œuvre nouvelle ne pourra fonctionner utilement que si plusieurs de ses adhérents font généreusement à la masse commune l'abandon des indemnités auxquelles ils ont droit? Le projet de la Société de la Seine-Inférieure réalise donc ce que vous demandait, il y a deux ans, notre collègue M. Bucquoy. Il affirme, pour tous ceux qui augmenteront de huit francs par année le taux de leur cotisation, le droit à l'indemnité-maladie. Il sous-entend, c'est-à-dire qu'il laisse espérer, que ce droit ne sera réclamé que par ceux qui en auront réellement besoin. S'inspirant des sentiments de confraternité qui doivent inspirer tous les membres de notre Association, M. le docteur Douvre, président de la Société de la Seine-Inférieure, a donc rendu service à ses collègues, en leur prouvant que les statuts de chacune des Sociétés locales peuvent être modifiés dans un sens conforme aux vœux exprimés par le Conseil général. Il a fait un pas en avant dans la voie où nous vous avons souvent conviés à marcher, en augmentant, dans un but spécial et déterminé, le taux annuel de nos cotisations.....

Continuez, en attendant, à provoquer autour de vous de nouvelles adhésions, en publiant plus hautement qu'on ne le fait d'ordinaire, les résultats que nous avons pu obtenir jusqu'à ce jour. Que les efforts incessants d'une persuasion amicale triomphent du mauvais vouloir de quelques-uns, de l'indifférence du plus grand nombre! Que de nouvelles libéralités obtenues par vos sollicitations viennent enrichir notre caisse centrale, et nous permettent d'augmenter encore le chiffre de nos pensions; enfin, que, pour mieux marquer leur désir d'alléger rapidement toutes les misères, les Sociétés locales n'hésitent pas, comme l'ont déjà fait plusieurs d'entre elles, à prélever sur leur fonds de réserve, de quoi subvenir aux demandes qui leur seront adressées, soit par les médecins qui réclament une pension viagère, soit par des veuves ou des orphelins dénués de ressources.

En augmentant ainsi la sphère de votre activité, en préparant, par une série de mesures partielles, le triomphe des idées qui nous sont chères, vous démontrerez une fois de plus que, jeunes ou vieux, riches ou pauvres, parvenus aux plus hautes situations professionnelles ou luttant péniblement sans espérances d'avenir, tous les membres de notre Association appartiennent à une même famille; qu'ils ont tous les mêmes droits, sinon les mêmes devoirs, qu'ils doivent toujours rester unis par les liens indissolubles de la solidarité et de la fraternité médicales.

Après ce discours, accueilli par de chaleureux applaudissements, l'Assemblée élit comme vice-présidents, MM. Cornil, sénateur, et Colin, inspecteur général, en remplacement de MM. Peter, décédé, et le baron Larrey, démissionnaire. Le renouvellement partiel du Conseil général maintient en fonctions MM. Millard, Passant, Hérard, de Ranse, Douvre, et fait entrer au Conseil, MM. Delvaille, Reynier, A.-J. Martin,

La commission des pensions viagères est réélue par acclamation.

Enfin, M. Motet lit la première partie de son rapport sur les pensions viagères, et propose de satisfaire à toutes les demandes, au nombre de dix, qui sont parvenues en temps utile au Conseil général. Il annonce, en outre, que toutes les pensions nouvelles seront portées à 800 francs.

Deuxième séance

La séance est ouverte à deux heures un quart. Après le vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale, et l'approbation des comptes du trésorier, l'Assemblée vote les conclusions constituant la seconde partie du rapport de M. Mottet sur les pensions viagères.

A ce propos, quelques délégués demandent s'il n'eût pas été préférable de porter à 800 francs, non les pensions nouvelles, mais les anciennes, et si les anciens pensionnés peuvent espérer d'obtenir à leur tour la même faveur. Il eût été impossible, dit le rapporteur, d'augmenter toutes les pensions indistinctement ; choisir, sans adopter un principe général, eût été injuste ; il nous a paru plus simple et plus équitable de procéder comme nous l'avons fait. M. Brun, trésorier, ajoute que, si les ressources futures de l'Association le permettaient, l'idée de porter toutes les pensions indistinctement à 800 francs, ne serait nullement repoussée.

La parole est donnée à M. Worms pour lire son rapport sur les vœux soumis cette année à la prise en considération. L'Assemblée adopte la prise en considération pour les vœux de la Société de Saint-Quentin et de la Société de l'Ain, demandant que les chevaux et voitures des médecins ne soient pas imposés, ou ne soient soumis qu'à la demi-taxe ; et pour la seconde partie du vœu de la Société des Landes, demandant que le droit d'entrée dans l'Association, soit dorénavant porté pour les nouveaux adhérents de 12 à 20 francs, la cotisation annuelle restant toujours fixée à 12 francs. Mais la première partie de ce vœu, demandant qu'il y ait une limite d'âge pour l'admission des membres nouveaux dans l'Association, est repoussée à l'instigation de MM. Pamard, d'Avignon.

L'Assemblée prend encore en considération un vœu de M. Pamard, demandant que la limite d'âge pour se faire recevoir docteur en médecine, au point de vue du service militaire, soit reportée de 26 à 28 ans.

Après un échange de vues sur cette question, la séance est levée à quatre heures.

CONGRÈS DE ROME

ONZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (du 29 mars au 5 avril 1894)

(*Suite.*)

II

Comment se comportent les globules blancs dans la fièvre typhoïde ? Telle est la question qu'ont cherché à résoudre MM. APORTI et RADAELI. Il ont constaté que dans les cas simples, le nombre des leucocytes varie peu, mais que ce nombre augmente à

la fin de la maladie et au début de la convalescence ; en tout cas, il n'y a pas diminution. Il y a léger accroissement de la quantité des leucocytes polynucléaires pendant tout le temps que la température reste élevée, puis ces leucocytes diminuent beaucoup quand la fièvre devient rémittente et que la convalescence commence; par contre, toutes les autres formes sont augmentées à ce moment. Toutes les complications ne s'accompagnent pas de leucocytose, et d'autre part, cette dernière peut ne se montrer que longtemps après le début de la complication.

M. Petresco emploie dans le *traitement de la fièvre typhoïde* du sulfate de quinine (1 à 2 gr.) associé au naphtol B (3 à 4 gr. à prendre en 12 cachets, 1 par heure). Il donne en même temps comme boisson de la limonade, soit avec 5 p. 1,000 de benzoate de soude, soit avec 2 p. 1000 d'acide benzoïque; il n'emploie l'hydrothérapie que dans les formes graves, et se contente de prescrire le drap mouillé. Le traitement par le naphtol B. pourrait être réellement abortif ; en tout cas, il arrête les accidents d'auto intoxication et d'infection secondaire. Il ne faut faut pas donner de boissons alcooliques en même temps que le naphtol, car ce dernier est dissous par l'alcool.

— M. Sanchez-Herrero est aussi très partisan de la désinfection de l'intestin dans le traitement de la dothienenthérie et il associe dans ce but l'huile de ricin à l'essence de térébenthine selon la formule de Graves : huile de ricin, 30 grammes ; essence de térébenthine, 10 grammes ; à prendre en une fois le matin. Ce traitement, s'il est commencé dès le début, raccourcirait beaucoup la durée de la maladie.

— Si M. Petresco est surtout favorable, dans la fièvre typhoïde, à l'emploi du naphtol, c'est l'hydrothérapie qu'il préconise dans le traitement du *typhus exanthématique*. L'hydrothérapie permet d'arrêter la marche cyclique du typhus et réduit la mortalité de la maladie au minimum. Les maillots humides, ou le drap mouillé constituent le meilleur mode d'application de l'eau froide.

— S. Liwascheff (de Kasan) a essayé la *fuschine* dans le traitement du typhus exanthématique en s'appuyant sur ce fait que ce corps tue les microorganismes spécifiques dans les préparations extemporanées. Il faut donner 1 gramme par jour en 6 à 12 doses et on voit dès le 2e et 3e jour de traitement la température descendre progressivement, l'état général devenir meilleur, etc.

— Dans la *variole*, M. Gamba propose l'usage du sulfure de calcium que l'on peut donner, chez des enfants, mélangé à du sucre de lait ; le traitement donnerait les meilleurs résultats tandis que l'antipyrine, dans la période d'invasion comme dans le stade de suppuration, n'a aucune valeur antithermique.

— M. Rivalta a étudié l'*œdème pulmonaire* qui se produit dans la pneumonie croupale. Cet œdème, très fréquent, peut occuper presque toute l'étendue des deux poumons, se limiter à un seul ou même être très localisé. L'exsudat des alvéoles enferme le diplocoque de Fraenkel, et cela pendant la vie ; on pourrait conclure de ce fait que l'œdème est un stade initial de la pneumonie croupale. En tout cas, il y a une réaction inflammatoire, car on trouve dans beaucoup d'alvéoles un exsudat comprenant des cellules épithéliales desquammées, des globules rouges et des leucocytes. L'œdème aigu est très souvent la cause déterminante de la mort dans la pneumonie croupale.

— L'on sait que M. Petresco est très partisan du traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. Il a défendu encore une fois de plus au Congrès ses idées à ce sujet et a rappelé qu'il donne jusqu'à 8, 10 et 12 grammes de feuilles de digitale en 24 heures. Ces hautes doses permettraient d'obtenir la jugulation de la pneumonie en trois jours et 24 heures plus tard les malades sont guéris. Pour M. Petresco, avec cette méthode, il serait possible de réduire la mortalité par pneumonie à 0 0/0. La dose moyenne à donner à un adulte serait de 4 à 8 grammes de feuilles en infusion, ou de 4 à 6 milligrammes de

digitaline en injections sous cutanées par jour ; il faut répéter plusieurs jours de suite jusqu'à l'abaissement de la température et du pouls.

— M. PUCCI a employé avec d'excellents résultats, la *phénocolle* dans la malaria. Il l'a administrée non-seulement dans les infections primitives, mais dans les fièvres récidives et rebelles à la quinine. Lorsque l'impaludisme est déjà ancien, on doit donner 1/2 gr. à 1 gr de phénocolle par jour, par doses de 15 à 25 cent. dans les intervalles d'apyrexie ou de rémittence; il faut s'arranger de façon à ce que la dose soit entièrement absorbée quatre ou cinq heures avant l'heure présumée du début du prochain accès. Sur 20 cas, M. Pucci a eu 17 guérisons et 2 fois il s'agissait de fièvre ictéro-hématurique. L'auteur a aussi employé la phénocolle dans l'influenza et les névralgies rhumatismales ; il l'a trouvée inférieure à l'antipyrine.

— Quels sont les rapports du *gonocoque* avec le processus blennorrhagique. M. TOUTON regarde ce microorganisme comme indiquant certainement l'infection blennorrhagique. Lorsque l'examen microscopique ne donne rien, il ne faut pas nier de suite la présence du gonocoque, car on peut souvent le mettre en évidence en provoquant de l'irritation des parties malades. Si l'examen microscopique ne permet de trouver que des formes dites d'évolution, douteuses, le procédé de culture de Wertheim permet souvent de fixer le diagnostic. Le gonocoque peut se développer sur tous les épithéliums, ainsi que dans le tissu conjonctif. Les espaces lymphatiques servent de cônes de diffusion, et cette dernière est d'autant plus facile que ces espaces sont plus grands. Le processus blennorrhagique consiste en une affection épithéliale avec inflammation purulente du tissu conjonctif sous-jacent. Si le processus morbide est superficiel, il y a, après la guérison, retour *ad integrum* ; s'il est plus profond et dure assez longtemps, il se produit une rétraction cicatricielle du tissu conjonctif; les cellules épithéliales, les cellules eczémateuses prolifèrent facilement sous l'influence du gonocoque. Les localisations désignées d'une blennorrhagie sont dues soit au gonocoque, soit à ses toxines ; il peut aussi y avoir infection par continuité. La phagocytose ne s'exerce pas vis-à-vis du gonocoque ; ce dernier s'y multiple facilement et les leucocytes le transportent soit au dehors soit dans une partie quelconque de l'organisme. Il peut y avoir des infections secondaires dans la blennorrhagie, surtout des suppurations profondes du tissu conjonctif.

M. PADULA insiste sur l'existence d'une *fièvre blennorrhagique* spéciale. Son type est irrégulier et la température ne dépasse jamais 39°7.

M. JULLIEN vante l'emploi de l'*ichtyol* dans la blennorrhagie urétrale chez la femme. Une tige métallique est entourée d'ouate à l'extrémité ; cette dernière est alors imbibée d'ichtyol et on passe plusieurs fois l'instrument dans l'urèthre.

Pour M. SCHWIMMER, l'*alumnol* est excellent dans le traitement de la blennorrhagie subaiguë et chronique de la femme. Chez l'homme on peut faire des injections d'une solution aqueuse à titre variant entre 0,5 et 5 pour 100. Le topique est bien supporté dans les cas chroniques, tandis qu'il produit facilement de l'irritation dans les cas aigus.

M. VARNALI a observé un cas qui semble démontrer que la *scarlatine* peut se transmettre au bout de trois mois et demi. Un enfant étant mort d'une scarlatine avec angine le 17 septembre 1892, la désinfection fut faite avec le plus grand soin. Cependant le 15 février 1893, le frère du premier malade fut pris à son tour et succomba aussi.

M. LAMPADAROS recommande comme *traitement de la diphtérie*, un nettoyage minutieux des parties avec du coton trempé dans un liquide antiseptique et égouté. On peut employer comme antiseptique : l'acide phénique, le phénol sulforisiné, le sublimé, le perchlorure de fer. C'est un mélange de perchlorure de fer avec moitié de glycérine, ou même le perchlorure pur qui donnent les meilleurs résultats. On doit faire 2 ou 3 applications locales par jour et le traitement, s'il est appliqué dès le début, donne les meil

leurs résultats. Dans les cas de croup on peut appliquer le topique dans le larynx à l'aide de fil de laiton ayant la longueur et la courbure convenables. L'auteur ne redoute pas les traumatismes opératoires, l'asepsie étant complète.

— Deux lectures devaient être faites par M. JUEL-RENOY au Congrès de Rome, et ont été communiquées à la presse.

Dans la première, notre regretté collaborateur insistait sur ce point que toutes les fièvres infectieuses sont justiciables du bain froid lorsqu'elles revêtent l'aspect typhoïde ou lorsqu'il y a insuffisance rénale, cardiaque ou hépatique. Les statistiques montrent qu'avec le traitement par les bains froids, la fièvre typhoïde ne donne que 7 p. 100 de décès, l'érysipèle grave, 9 p. 100 ; la scarlatine maligne, 13 p. 100; la rougeole ataxo-adynamique, 15 p. 100 ; la pneumonie adynamique, 18 p. 100 ; la grippe, grave typhoïde, 22 p. 100; la variole confluente, 29 p. 100; la septicémie puerpérale, 4 p. 100. Le traitement hydrothérapique convient aussi dans les infections biliaires, la néphrite aiguë avec accidents urémiques, l'endocardite infectante, la méningite cérébro-spinale, le tétanos, etc.

M. Juhel-Renoy, dans sa seconde communication, insistait sur le traitement de l'érysipèle de la face par la traumaticine associée à l'ichthyol en parties égales. On peut ainsi arrêter l'érysipèle ambulant dans le tiers des cas. Si l'érysipèle prend une allure typhoïde, les bains froids sont la meilleure médication.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 avril. — Présidence de M. FERRAND

Sclérose pleuro-pulmonaire totale, unilatérale, d'origine tuberculeuse

M. GALLIARD présente à la Société un homme de 35 ans, entré à l'hôpital Laennec pour de la tuberculose pulmonaire et chez lequel on constate un contraste remarquable entre l'étendue considérable des lésions et le bon état général.

Ce malade n'est pas syphilitique, il a eu des fièvres intermittentes en Algérie quand il était soldat.

Il pèse actuellement 122 livres, et, bien qu'un peu anémique, il ne présente aucun trouble de la santé générale ; pas de fièvre, fonctions digestives normales.

A l'examen physique on trouve les signes suivants : mâtité sous la clavicule gauche, dans l'aisselle et dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière ; pas d'épanchement, pas de déplacement du cœur, ponction exploratrice négative. Gros souffle caverneux sous la clavicule gauche, avec rales cavernuleux tout autour. En arrière, souffle caverneux avec râles fins ; en bas, pas de souffle, mais râles et craquements humides. Peu d'expectoration, pas d'hémoptysie.

Il s'agit donc là d'une sclérose pleuro-pulmonaire complète, avec lésions tuberculeuses étendues, contrastant singulièrement avec le bon état général du malade.

On peut se demander pourquoi la tuberculose a revêtu ici la forme fibreuse. Le malade n'est pas arthritique, et il n'a pas d'arthritiques dans ses antécédents ; il n'est pas syphilitique ; c'est bien un ancien paludéen ; mais peut-on incriminer pour ce fait le paludisme ?

M. Galliard se demande, en outre, si le traitement par la créosote doit être continué, ou s'il n'est pas indiqué de prescrire l'iodure de potassium.

M. FERRAND pense que l'infection palustre peut certainement avoir joué un rôle dans l'évolution particulière de cette tuberculose. Il conseille de prescrire alternativement la créosote et l'iodure de potassium.

Syringomyélie à forme pseudo-acro-mégalique (chiromégalie)

M. Marie présente un garçon de 21 ans qui, depuis quelques années, a remarqué que sa main droite et son pied gauche avaient notablement augmenté de volume. A la main droite, l'hypertrophie occupe surtout les têtes des métacarpiens et les doigts; le pouce, l'index, le médius sont le plus atteints. La forme des doigts est un peu altérée ; ils sont plus massifs, plus cylindriques que ceux de la main gauche ; la peau à leur niveau est légèrement épaissie, elle est le siège d'abrasions et d'anciennes ulcérations superficielles. La longueur de la main et des doigts n'est pas modifiée.

Quant au pied gauche, il est de forme cubique, tassé dans le sens antéro-postérieur, la plante est excavée (pied creux), sa longueur est diminuée, (1 centimètre 3 de moins que le pied droit). La peau des orteils présente également des traces d'anciennes ulcérations; quant aux orteils leurs dimensions et leurs formes ne sont pas modifiées. M. Marie insiste sur ce fait que, dans ce cas, l'hypertrophie de la main et du pied ne peut en aucune façon justifier l épithète d'acro mégalie.

Il rappelle que Holschewnikoff, Peterson ayant observé des cas du même genre, les ont considérés comme des exemples d'associations de la syringomyélie et de l'acromégalie et sont partis de là pour combattre quelques-unes des notions les mieux établies sur l'acromégalie, notamment pour nier que, dans cette affection, l'hypertrophie du corps pituitaire fut constante.

Bernhardt, Karg, ont également observé des cas de syringomyélie à forme acrom-égalique; Charcot et Brissaud ont très justement fait remarquer que ces cas de syringomyélie n'avaient absolument rien de commun avec l'acromégalie ; Hoffman a publié un cas du même genre avec la désignation de « chiromégalie ». Cette désignation est celle à laquelle il semble préférable de se rallier, car, en continuant à donner aux faits de ce genre le nom d'acromégalie ou même de pseudo-acromégalie, on risque de faire naître une confusion fâcheuse, puisque entre les deux affections il n'existe aucun point de contact.

Badigeonnages du gaïacol dans l'orchite blennorrhagique

MM. Balzer et Lacour rappellent tout d'abord, que dans ces derniers temps, le gaïacol a été employé dans un grand nombre d'affections, et qu'un de ses effets les plus remarquables est l'abaissement thermique que l'on obtient par des badigeonnages cutanés. MM. Balzer et Lacour viennent de déterminer une nouvelle indication de ces badigeonnages de gaïacol. Ils en ont obtenu, en effet, d'excellents résultats dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. Sur la peau de la région inguinale on peut faire les badigeonnages avec le gaïacol pur ; sur la peau du scrotum il faut employer une pommade à 2 ou 5 grammes de gaïacol pour 30 grammes de vaseline.

Un des premiers effets de l'application de cette pommade est une cuisson assez vive qui dure dix minutes environ ; puis le malade éprouve une sensation de chaleur et presque immédiatement les douleurs disparaissent, au moins pour 3 ou 4 heures ; quelquefois même elles ne reparaissent plus du tout. Ordinairement, on est obligé de faire deux applications le premier jour, mais après le troisième la douleur n'existe plus. On interrompt alors les badigeonnages, car ils ne semblent pas avoir une action résolutive bien marquée sur l'infiltration inflammatoire de l'épididyme.

Le gaïacol possède donc une action très nette et très énergique sur les douleurs de l'orchite. Il est à ce point de vue bien supérieur au stypage, au chlorure de méthyle, ou à la vessie de glace. De plus, il supprime quelques phénomènes généraux qui sont dus à la douleur, par exemple l'insomnie.

Il détermine un érythème léger du scrotum, suivi du dessèchement de l'épiderme qui se fendille et s'exfolie.

M. Netter demande à M. Balzer s'il pense que le gaïacol est absorbé ; dans de nombreuses observations, les malades accusaient un goût particulier. En outre, les résultats analgésiques sont-ils constants ? A côté de cas très favorables on a cité des insuccès.

M. Balzer. — L'absorption cutanée et pulmonaire du gaïacol joue sans doute un certain rôle, mais la rapidité de l'action des badigeonnages semble indiquer une action locale. MM. Balzer et Lacour ont traité par ces badigeonnages 20 malades, et dans ces 20 cas les résultats ont été très favorables et très rapides.

M. Chauffard croit que le gaïacol agit surtout par action réflexe. Les badigeonnages font tomber la fièvre chez les tuberculeux. Si on leur fait inhaler le gaïacol les effets antithermiques sont bien moins appréciables.

Quant au traitement de l'orchite, M. Chauffard rappelle qu'on peut rapidement en faire disparaître les douleurs au moyen du salycilate de soude à haute dose, 6 à 8 grammes d'un seul coup.

M. Marie a également constaté les effets merveilleux du salycilate de soude.

M. Ferrand a employé les badigeonnages de gaïacol dans la névralgie sciatique, dans les névralgies intercostales des tuberculeux ; il a toujours obtenu d'excellents résultats. L'absorption du gaïacol est évidente, puisqu'on le retrouve dans les urines ; mais il est difficile de déterminer la qualité qui est absorbée par la peau d'une part et par les voies respiratoires de l'autre.

M. Balzer est très partisan du salycilate de soude dans les diverses manifestations de la blennorrhagie ; mais, contre les douleurs de l'orchite, son action lui a paru moins rapide que celle du gaïacol.

COURRIER

Hôpital Saint-Louis. — Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 13 avril, à 10 heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Devauchelle est institué aide d'anatomie et de physiologie en remplacement de M. Petit.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Cavel est nommé préparateur de chimie et de pharmacie en remplacement de M. Guignes.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Touaille de Larabrie, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

— Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux et Montpellier, dans les derniers jours du mois de mai ou dans le courant du mois de juin prochain.

Un avis ultérieur fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours, ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Hôpital Necker. — M. Henri Huchard

Zona grippal et tuberculose (1)

Le malade dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui me paraît présenter un vif intérêt en raison du diagnostic qui soulève la discussion, et au sujet des rapports qui unissent le zona à la tuberculose. Voici d'abord son histoire clinique très sommaire :

S. J..., âgé de 32 ans, entre à l'hôpital Necker le 23 février (salle Chauffard, no 14).

Il y a 8 jours, il a été pris de frissonnements légers et répétés, avec courbature et brisure des membres, fièvre peu accusée; de toux, bientôt suivie d'une expectoration ressemblant à une solution de gomme; de catarrhe oculo-nasal avec un peu d'angine pharyngée. En même temps, il se plaignait d'une douleur thoracique obscure, mal limitée et ne ressemblant en rien à la douleur aiguë et localisée du point de côté de la pneumonie.

En raison de ces symptômes, le diagnostic de grippe s'imposait. Mais il y avait à côté d'autres états morbides associés. L'étaient-ils véritablement? Le hasard, au contraire, les réunissait-ils ? C'est, ce qu'avec vous, j'ai l'intention de rechercher.

Tout d'abord, je vous ai dit que les crachats ressemblaient à un solution de gomme, un peu filante et visqueuse; c'est là une expectoration spéciale à la congestion pulmonaire, bien qu'on soit tenté trop souvent de lui attribuer un caractère sanguinolent. D'ailleurs, en auscultant le malade, on constate en arrière de la poitrine, à sa partie moyenne et à gauche, la présence d'*un souffle* sur lequel il faut insister ; car, à lui seul, il peut, par ses caractères, permettre le diagnostic de congestion pulmonaire active, maladie si bien étudiée par Woillez d'abord, et par mon vénéré maître, M. Potain, qui l'a décrite dans sa forme pleuro-pulmonaire.

Ce souffle a pour caractères : 1° de s'installer d'emblée, contrairement à celui de la pneumonie, sans être précédé, accompagné ni suivi de râles crépitants ; 2° d'être à timbre bas, grave ; 3° de se localiser surtout à la racine des bronches où la percussion permet de constater en même temps un peu de submatité et une très légère résonnance de la voix.

Si vous ajoutez à ces signes ceux qui sont fournis par l'expectoration, vous pourrez en conclure que vous avez affaire à une *congestion pleuro-pulmonaire*, complication survenue dans le cours d'une grippe.

Voilà donc un premier diagnostic établi, et confirmé ensuite par la chute de la fièvre, qui tomba au bout de quelques jours (de 38°6 à 37°5), en même temps que le souffle disparut assez rapidement et que les divers phénomènes s'amendèrent.

Ce n'est pas tout. En auscultant le sommet droit, nous y trouvions un souffle d'une autre nature : rude, aigu, inspiratoire, accompagné de quel-

(1) Leçon recueillie par M. Flœrsheim, interne du service.

ques râles cavernuleux très profonds. A la percussion, matité des plus nettes dans les fosses sus et sous-épineuses; résistance au doigt, et augmentation des vibrations thoraciques.

Comme vous le voyez, l'étude sémiologique de ces deux souffles bronchiques présentait un grand intérêt pronostique. Au premier abord, on pouvait les rattacher tous deux à la tuberculose, penser que celle-ci avait envahi gravement les deux côtés de la poitrine. Or, il n'en était rien. Par les caractères de son siège, de sa tonalité et de sa rapide disparition, celui de gauche s'éloignait totalement du souffle caverneux du sommet droit; il était dû à une complication fortuite et intercurrente, à une congestion pleuro-pulmonaire grippale, et nullement sous la dépendance de la bacillose.

De plus, la poitrine bombée, l'inspiration humée, l'expiration sifflante et prolongée indiquent un léger état emphysémateux des poumons; et, par l'interrogatoire, nous apprenons que le malade, qui abuse des boissons alcooliques, a eu il y a 7 ans, une pleurésie du côté droit, que sa mère est morte phtisique, qu'il a une sœur bacillaire. Pas de syphilis ni d'arthritisme.

Nous sommes donc en présence d'un second diagnostic, qu'on peut formuler ainsi : *tuberculose pulmonaire* unilatérale, confirmée, du reste, par l'examen bacillaire des crachats, à évolution lente, ayant peu retenti sur l'organisme, avec emphysème.

La grippe a bientôt disparu ; reste la phtisie, et... un zona que nous avons découvert.

En effet, au niveau de la région lombo abdominale gauche, au-dessous des fausses côtes, sous forme d'une demi-ceinture, vous avez vu une éruption composée de plusieurs groupes de vésicules reposant sur un fond rouge et érythémateux; quelques-unes sont remplies déjà d'un liquide opalin et purulent ; d'autres se sont réunies en formant quelques plaques phlycténoïdes; quelques-unes sont ombiliquées et présentent sur leurs bords des contours irréguliers à disposition polycyclique. Inutile d'insister davantage sur ces caractères qui vous permettent d'établir nettement le diagnostic de *zona lombo-abdominal*.

Ici, une particularité intéressante, et moins rare qu'on le croit, doit vous être signalée : c'est l'absence complète de troubles de la sensibilité et de douleurs. Ce fait doit vous étonner si vous songez aux douleurs si violentes qui précèdent, accompagnent ou suivent le zona, surtout chez les vieillards. Mais, j'ai entendu dire bien souvent par Hardy, que le zona était parfois indolent chez les scrofuleux, et vous savez que ce caractère négatif se retrouve chez les enfants, comme mon distingué collègue, M. Comby, l'a démontré par des communications successives (1).

Enfin, le zona de notre malade offre encore une particularité, sur laquelle a insisté Fabre (de Commentry) : je veux parler du zona *bifurqué*. Cet auteur a bien vu cette disposition spéciale due à ce fait, que les 4e ou 5e paires dorsales, par exemple, fournissent non seulement des nerfs intercostaux,

(1) COMBY. *Société clinique*, 1885; *Revue des maladies de l'enfance*, 1889; *Société médicale des hôpitaux*, 1891.

mais aussi des rameaux externes se dirigeant vers l'épaule et innervant la peau de la partie interne et postérieure de cette région et du bras. Il en résulte que dans le zona intéressant ces nerfs, l'éruption en demi-ceinture intercostale envoie un prolongement dans la direction de la partie postéro-interne de l'épaule et du bras. J'appelle toute votre attention sur cette disposition de l'éruption que vous retrouvez légèrement chez notre malade où vous voyez un petit prolongement éruptif se dirigeant à la partie postérieure dans la direction de la région fessière et sur le trajet d'un rameau nerveux.

Quoi qu'il en soit, le zona étant toujours fonction de névrite, vous comprenez pourquoi il s'accompagne de violentes douleurs, dont les unes sont dues à la névrite elle-même, les autres à l'éruption concomitante. Notre malade n'a ressenti que les secondes de ces douleurs, et encore fort atténuées, puisqu'elles se bornaient presque à une simple démangeaison. Son zona a donc été indolent, — contrairement à la loi commune, — sans gravité, et ce qui le prouve, c'est qu'il a guéri spontanément, sans le secours d'aucun traitement.

En résumé, cet homme présente trois états morbides :

1° Une grippe avec congestion pulmonaire à gauche ;

2° Les signes d'une tuberculose pleuro-pulmonaire au sommet droit ;

3° Un zona lombo-abdominal.

Il y a lieu de se demander si cette association n'est que fortuite et si la pathogénie en est connue. C'est là une discussion qui n'est pas sans intérêt pratique, comme j'espère le démontrer.

Comme manifestation du hasard, je ne vois guère que la grippe. Le point important est de savoir si le zona est lié à cette dernière maladie ou à la tuberculose.

Il y a longtemps que sont connues les relations existant entre le zona, les affections névralgiques et la tuberculose. Arétée avait autrefois signalé chez les tuberculeux la fréquence des douleurs au niveau de la nuque et du cou ; Perroud (de Lyon) a insisté, en 1872, sur les névralgies sus-orbitaires et frontо-pariétales ; Leudet (de Rouen) a signalé la sciatique. De son côté, Beau, dès 1856, a mentionné pour la première fois la névrite intercostale par propagation inflammatoire se montrant surtout au niveau des espaces intercostaux supérieurs. Mais, c'est Leudet (de Rouen) qui, en 1864 et en 1878, a le premier indiqué formellement les rapports de la tuberculose avec le zona, dont il explique la production, avec G. de Mussy, par une action réflexe.

Plus tard, s'ébauche la théorie neuro-médullaire, qui fait reposer le zona sur une altération des centres nerveux de la moelle ou des ganglions spinaux. Rappelons, à l'appui, les douleurs rachialgiques dont les malades se plaignent parfois, et l'exemple cité par Leudet : Il s'agissait d'un zona localisé à la moitié gauche du corps, sorte d'*hémi-névrite*, avec douleurs névralgiques dans les bras, la jambe, le plexus cervical du même côté.

Vient ensuite la théorie toxique applicable au zona des cancéreux et des tuberculeux. Il y aurait, en ce cas, production d'une névrite, due aux poisons sécrétés par les microbes de la suppuration, ou par le bacille tuberculeux.

(2) CHANDELUX, *Arch. de phys.* 1879

Toutes ces théories sont évidemment intéressantes, mais elles ne nous rendent pas compte de tous les faits observés.

En effet, si le zona était toujours le résultat d'une propagation inflammatoire des lésions pleuro-pulmonaires aux nerfs sous-jacents, on ne devrait jamais observer dans la tuberculose que du zona intercostal supérieur; or, les exemples de zonas affectant d'autres régions du corps sont assez nombreux. Leudet les a vus : 10 fois sur le thorax; 2 fois à la région lombo-abdominale; 2 fois à l'avant-bras (radial et cubital); 2 fois au membre inférieur; 1 fois au cou et au bras. Barié a cité plusieurs faits de zona *périnéo-génital* (1); notre malade, enfin, ne rentrerait pas lui-même dans la règle. Mougeot, dans sa thèse inaugurale de 1867, a signalé un cas de zona sur le trajet du nerf cubital chez une tuberculeuse.

Cependant, il y a des faits qui rentrent dans la catégorie des zonas par propagation inflammatoire chez les bacillaires : celui de Bœrensprung relatif à un enfant qui eut un zona thoracique en rapport avec des adhérences pleuro-pulmonaires; celui de Chandelux (2) qui a manifestement constaté que les lésions du poumon et surtout de la plèvre ont été le point de départ d'altérations assez profondes des ganglions intervétébraux correspondants (sclérose avec pigmentation de ces ganglions et disparition complète en certains points des cellules et des tubes nerveux).

Si, d'autre part, la théorie toxique était toujours vraie, on devrait observer beaucoup plus de zonas dans le cours de la tuberculose. Or, Leudet, sur 2,000 tuberculeux n'en a vu que 17 cas. De plus, ce qui prouve que cette théorie toxique n'est pas applicable à tous les cas, c'est qu'on a signalé, bien avant l'éclosion de la tuberculose, des affections névralgiques, des zonas en quelque sorte prémonitoires.

Enfin, pour terminer, j'ai à vous parler de la théorie *infectieuse*. Déjà, en 1780, Borsieri avait placé la fièvre zoster parmi les fièvres éruptives. Landouzy, le défenseur actuel de cette opinion, fait du zona une maladie générale, infectieuse. Il en donne des preuves cliniques : les prodromes, lassitude, anorexie, frissonnements, fièvre, nausées, adynamie, etc..., ne sont-ils pas le cortège inévitable des maladies infectieuses? Le fait d'être une affection contagieuse, épidémique, ne récidivant pas, parfois saisonnière, n'est-il pas le cachet d'une véritable infection! Malheureusement, les preuves bactériologiques font défaut; les cultures tentées avec le liquide des vésicules du zona n'ont donné aucun résultat. Mais, la variole, la rougeole et bien d'autres maladies encore, ne sont guère connues au point de vue bactériologique, et ce n'est pas une raison pour en nier le caractère infectieux ou microbien.

En somme, de cette critique, on peut conclure que la pathogénie du zona est différente suivant les cas, et qu'elle n'est pas encore complètement connue. Actuellement, il est permis pourtant d'en reconnaître trois espèces :

1° *Zona inflammatoire et traumatique.* — Lorsqu'un nerf est piqué, contus, comprimé dans sa continuité ou au niveau de ses racines, il peut survenir un zona. C'est à cette variété qu'on a affaire dans les affections

(1) Barié. *Soc. méd. des hôp.* 1887.

spinales, à la suite de la névrite intercostale tuberculeuse, comme les exemples de Bœrensprung et de Chandelux l'ont démontré.

D'autres fois, l'existence de la propagation inflammatoire ne peut plus être admise, et l'action réflexe de Leudet doit être invoquée. Le meilleur exemple qu'on puisse en donner est celui d'un zona de la face, par exemple, consécutif à une contusion du thorax, sorte d'herpès traumatique *à distance* dont M. Verneuil nous a révélé la réalité.

Dans ces deux cas, il s'agit d'une affection locale qui peut récidiver et qui ne présente aucun des caractères des maladies générales ou infectieuses; il s'agit, en un mot, d'une affection *zostériforme*.

2° *Zona toxique.* — C'est celui qu'on rencontre chez les alcooliques, les saturnins, les urémiques, les individus intoxiqués par l'arsenic, l'oxyde de carbone, etc.

3° *Zona infectieux.* — Celui qui se présente au cours de la grippe, comme dans le cas qui nous occupe en ce moment, ou encore dans le cours d'un typhus, d'une scarlatine, d'une variole, d'une rougeole (1). J'ai observé, pour ma part, pendant la convalescence d'une variole, en 1871, une névrite qui s'est terminée par l'atrophie des muscles du membre inférieur droit, et un grand nombre d'auteurs ont signalé l'existence de névrites multiples ou de polynévrites dans la convalescence de l'érysipèle, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de l'influenza. Mais pourquoi des névrites sans zona dans beaucoup de cas, et des névrites avec zona dans d'autres? Jusqu'ici, la réponse à cette question est impossible.

En tous cas, cette discussion n'était pas inutile pour comprendre la cause réelle du zona chez notre malade. La tuberculose dont il est atteint n'était pas suffisante pour expliquer l'apparition de la complication nerveuse; car nous savons que le nombre des tuberculeux est considérable; combien, parmi eux, offrent le zona? Assurément fort peu. Je ne nie pas que la tuberculose soit possible par elle-même de le produire; mais tout porte à croire qu'il y a entre ces deux affections un lien qui nous échappe et qui doit les unir l'une à l'autre. Chez les uns, il s'agit d'une névrite par propagation inflammatoire; chez d'autres, c'est l'élément toxique, c'est l'alcoolisme qu'il faut invoquer; chez quelques-uns, c'est une maladie intercurrente et infectieuse, comme l'influenza, qui est en jeu. Chez notre malade, nous avons donc trouvé ce lien : la grippe. Sous son influence, j'ai vu parfois se réveiller de vieilles douleurs endormies depuis longtemps; et je crois que si cet individu a été atteint du zona, c'est que la grippe est survenue, qui a porté son action sur le système nerveux périphérique

On ne compte plus, en effet, les observations de névrites, de polynévrites, de zonas survenus dans le cours ou dans la convalescence de l'influenza, et vous savez d'un autre côté que cette affection porte son action principale sur le système nerveux. Le zona peut donc revêtir le caractère infectieux de deux manières différentes : d'une façon primitive, ce qui est le cas le plus rare; d'une façon secondaire, à la faveur d'une maladie infectieuse dont il devient l'expression locale, et il s'agit alors d'une infection d'emprunt.

Le zona chez les tuberculeux a donc, comme on le voit, une origine très

(1) Adenot. Exemple de zona rubéolique (*Revue de médecine*, 1891). — Joffroy. Exemple de zonas après la variole (*Arch. de phys.*, 1882).

complexe et une pathogénie différente suivant les cas. Il peut relever directement de la tuberculose sous l'influence de deux processus différents : 1° il survient par propagation inflammatoire, et dans ce cas il a toujours son siège au thorax; 2° il survient sous l'influence d'une action toxique produite par le bacille tuberculeux, et dans ce cas il se montre à distance des lésions bacillaires, à la face, sur l'abdomen ou sur les membres. On peut faire rentrer dans cette catégorie le fait déjà ancien d'Eisenlohr (de Hambourg) : il s'agit d'un tuberculeux qui présenta, sans zona, les signes d'une névrite (confirmée à l'autopsie) des deux sciatiques avec douleurs très vives aux membres inférieurs et atrophie musculaire très rapide de ceux-ci.

Enfin, le zona peut survenir chez un tuberculeux, sans que la tuberculose joue le moindre rôle dans sa production. En effet, pourquoi ne serait-il pas la manifestation de l'alcoolisme chez un bacillaire, ou encore d'une infection secondaire surajoutée ? Dans certains cas, il est sans doute difficile de se prononcer, et c'est ainsi que chez une de nos varioleuses que j'ai observée en 1871 et dont j'ai communiqué l'observation clinique à mon savant collègue A. Joffroy (1), on constata les signes d'une névrite du membre supérieur gauche qui pouvait être attribuée aussi bien à la variole qu'à une tuberculose pulmonaire à laquelle elle succomba.

Chez notre malade, le diagnostic ne doit pas faire de doute ; il s'agit, che un tuberculeux, d'un zona développé à la faveur de la grippe. Donc, le zona n'entre pour rien dans l'appréciation du pronostic, et il n'indique en aucune façon la généralisation ou la gravité de la tuberculose, puisqu'il ne paraît pas en dépendre.

Au point de vue du traitement, il y a deux indications à remplir, ou plutôt deux maladies à traiter : la tuberculose et le zona.

Contre la tuberculose, nous emploierons les injections sous-cutanées de gaïacol camphré dont vous voyez me servir avec avantage d'après cette formule :

Huile d'olive stérilisée.	100 grammes.
Camphre.	20 —
Gaïacol.	5 à 10 —

(Injecter une seringue de Pravaz par jour).

Comme il est emphysémateux, il peut avoir la chance de voir sa tuberculose devenir fibreuse; aussi encourageons-nous ce processus curateur de la nature en ordonnant l'iodure de potassium, excellente médication, à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme par jour.

Quant au zona, nous nous bornerons à le traiter par les poudres inertes, telles que la poudre de lycopode, de talc, de sous-nitrate de bismuth.

On a conseillé, ce que je crois inutile dans les cas ordinaires, d'ouvrir les vésicules avec une fine aiguille flambée. Abstenez-vous surtout du collodion qui donne lieu à des ulcérations; n'ayez jamais recours aux cataplasmes ni aux pommades pour la même raison ; et, si l'éruption est douloureuse, appliquez une des poudres suivantes :

Chlorhydrate de cocaïne.	0,20 centigrammes.
Oxyde de zinc.	10 grammes.
Amidon	20 —

(1) Joffroy. *Arch. de physiologie*, 1879 et 1882.

Chlorhydrate de morphine . . . 0,10 centigrammes.
Sous-nitrate de bismuth. . . . . 5 grammes.
Amidon. . . . . 10 —

Mais, dans le cas actuel, le zona étant absolument indolent, le mieux était de ne rien faire, et d'appliquer simplement sur l'éruption une poudre inerte.

Arrivé au terme de cette leçon, je crois utile de la résumer.

Un tuberculeux arrive dans notre service avec les symptômes d'une maladie infectieuse intercurrente, la grippe, qui donne lieu à une congestion active de la partie moyenne du poumon gauche. Il importait pour le pronostic et le traitement de savoir bien distinguer la respiration soufflante due à la congestion grippale, du souffle légèrement caverneux du sommet droit dû à la bacillose pulmonaire. C'est ce que l'étude séméiologique nous a permis de formellement établir.

Ce tuberculeux, atteint accidentellement de grippe, a présenté, au moment même où évoluait cette dernière affection, un zona lombo-abdominal. Il s'agissait de savoir si ce zona était sous la dépendance de la tuberculose ou de l'influenza. Je vous ai démontré les raisons pour lesquelles cette dernière opinion a dû être plutôt admise, et il me semble que cette discussion a servi à établir qu'il y a ou qu'il doit y avoir chez les phtisiques plusieurs sortes de zonas : les uns d'origine franchement inflammatoire par propagation des lésions pleuro-pulmonaires aux nerfs sous-jacents ; les autres d'origine toxique et tuberculeuse à la fois ; d'autres, enfin, relevant d'intoxications ou d'infections secondaires surajoutées, comme l'alcoolisme, le paludisme, la grippe.

CONGRÈS DE ROME

(Suite)

CHIRURGIE

C'est en Russie qu'aura lieu le 12e Congrès international des sciences médicales. Ce vœu a été émis à l'unanimité par tous les médecins présents, transmis au tsar, et Saint-Pétersbourg ou Moscou verra ces prochaines grandes assises.

Ceci dit, examinons quelles sont les questions chirurgicales qui ont été étudiées au Congrès. Nous n'y trouvons pas des communications à grand effet ; mais plusieurs questions intéressantes y ont été toutefois traitées.

Commençons par le crâne et signalons le travail de M. Lucas-Championnière sur *la trépanation*. C'est d'après un total de 64 cas que le chirurgien de Saint-Louis parle. Les traumatismes récents au nombre de 10, se sont bien trouvés de l'intervention immédiate. M. Championnière, tout récemment encore, à la Société de chirurgie, se montrait partisan du trépan préventif et il insiste, à Rome, sur un procédé d'ouverture qui a pour but, chose très importante d'après lui, de donner le minimum d'ébranlement possible.

Pour ce faire, une fois la première couronne appliquée, il abandonne cet instrument et agrandit l'orifice à l'aide de pinces-gouges spéciales, droites et courtes. On donne ainsi rapidement et sans secousses toutes les dimensions voulues à l'ouverture crânienne. Cette ouverture, il faut la faire toujours très large et ainsi on n'aura pas

besoin, dans la recherche d'une localisation, d'un procédé qui, pour arriver à être exact, doit être forcément très minutieux.

En dehors du traumatisme, l'orateur a fait 54 trépanations. (Epilepsie vraie 14 cas. Epilepsie partielle jacksonienne 12 cas. Epilepsie d'origine traumatique 6 cas. Troubles cérébraux divers, vertiges, douleurs, bruits intra-crâniens, paralysies diverses, etc., 22 cas.)

Il a eu de meilleurs résultats que ceux cités par beaucoup d'observateurs dans l'épilepsie vraie. On sait que M. Championnière attribue beaucoup des troubles nerveux dits essentiels à une compression cérébrale, et que pour lui le but à atteindre, est de déserrer le cerveau. C'est là une théorie qui peut être soutenue, mais qui est un peu vague; en tout cas, elle conduit à des interventions aujourd'hui presque innoffensives et qui permettront, lorsque les faits se seront accumulés d'y voir un peu plus clair dans le domaine des maladies mentales. Pour sa part, M. Championnière est convaincu de l'avenir de la trépanation non seulement dans les différentes épilepsies, mais encore dans les périencéphalites diffuses. Ces opérations, nous dit-il, permettent de penser que si nous sommes loin encore du traitement de la folie par le trépan, au moins peut-on s'engager activement et sans crainte dans le traitement chirurgical de certains accidents cérébraux.

C'est ainsi que le phénomène douleur, le symptôme vertige, les monoplégies se sont toujours très bien trouvés de l'intervention.

Nous rapprocherons de cette communication celle de M. Masse (de Bordeaux), sur la *topographie cranio-encéphalique*. Les recherches de cet anatomiste ont eu pour but de trouver un nouveau procédé pour découvrir d'une façon plus exacte les lignes tracées sur les têtes et correspondant au *sillon de Rolando* et à la *scissure de Sylvus*. M. Masse trace un équateur et un méridien cranien, et de ces lignes partent les points de départ et d'arrivée des scissures. Donner la description exacte de ces différentes mensurations nous mènerait trop loin. Disons que le procédé de M. Masse nous paraît ingénieux et bien étudié ; c'est un de plus à enregistrer et ils sont déjà nombreux ; mais quoiqu'on dise, si le chirurgien est toujours porté à faire de larges brèches, l'anatomiste, de son côté, avec raison, doit perfectionner les méthodes qui sont susceptibles de permettre d'arriver à une précision de plus en plus nécessaire, au fur et à mesure que le champ des interventions craniennes s'étendra.

Ne sortons pas de la chirurgie cérébrale et mentionnons le travail de Macewen (de Glascow), sur les *abcès du cerveau.*

Pour ce chirurgien comme pour tous, du reste, ces suppurations se forment à la suite d'une maladie infectieuse et ce sont les affections de l'oreille moyenne qui doivent être le plus souvent incriminées. Comment arriver à guérir ces abcès ?

M. Macewen a un procédé spécial, qui consiste d'abord à pénétrer dans les cellules mastoïdiennes, à aller rechercher le point osseux malade et à l'extirper; cela fait, on recherche l'abcès du cerveau ; si on ne le trouve pas on pratique une trépanation du crâne au niveau qui correspond au lobe temporosphénoïdal. Ce procédé lui aurait été d'un grand secours dans maintes circonstances.

Quittons pour un moment les interventions sur le crâne pour nous occuper *des effets produits par les nouvelles armes à feu portatives*. Chacun a encore présent à la mémoire les travaux de Brun, de Delorme, de Chaunel et Nimier, d'Habart, de Démosthène MM. Von Coler et Scherning les ont complétés par une série fort étendue d'expériences faites avec des fusils de petit calibre. Le point capital de ces expériences est le suivant : elles ont été faites avec des *charges non réduites* et à toutes les distances, et les pièces qui en ont résulté sont au nombre de 1,000, formant à Berlin un musée distinct, appar-

tenant au ministère de la guerre, qui a consenti à ce qu'on en montrât quelques-unes aux congressistes. Les expérimentateurs se sont, bien entendu, servis du fusil allemand de 7 mm. 9 et voici les effets que leurs projectiles sont destinés à produire sur nous :

Sur la peau, les orifices d'entrée sont plus grands à faible distance qu'à des distances éloignées ; mais les dimensions de ces orifices varient avec beaucoup de circonstances et ne permettent aucune déduction sérieuse, soit au point de vue des lésions internes soit pour déterminer la distance parcourue par le projectile. Les orifices de sortie sont plus grands que ceux d'entrée. De ce côté, il n'y a donc rien de changé. Les vaisseaux semblent pouvoir échapper à l'action de la balle, mais pas à celle des débris osseux.

Sur les viscères, les effets sont différents. Dans les poumons, le trajet du projectile est à toutes les distances, égal, cylindrique, à paroi lisse. Le foie est, au contraire, broyé, écrasé, ses fragments sont dispersés dans la cavité abdominale. Il en est de même dans les reins et dans la rate.

Le crâne plein éclate à toutes les distances, mais après 100 mètres on peut distinguer deux systèmes de traits de fractures ayant comme point de départ chacun des orifices d'entrée et de sortie. On connaît le mécanisme de ces fractures, le cerveau agissant comme un liquide et transmettant en tous sens la pression produite par la balle sur un point. Le système osseux souffre beaucoup de la force de pénétration des petits projectiles ; à 100 mètres, les os sont écrasés dans leurs diaphyses ; à 600 mètres, les extrémités spongieuses peuvent présenter des perforations avec des fissures radiées ; à 1,000 mètres, le nombre des esquilles diminue, mais leur dimension augmente, et à 1,600 mètres, l'action des corps de feu commence à diminuer.

En somme, les blessures produites par les armes de petit calibre sont beaucoup plus meurtrières que celles faites par les anciennes armes, et il faut abandonner cette légende du caractère d'humanité que pourrait donner à la guerre la diminution de calibre des nouvelles armes à feu.

Enfin, disons en terminant, que les expérimentateurs cités ont contaté que la balle pouvait atteindre 150° tirée à 50 mètres sur une planche de sapin ; mais en traversant les tissus jamais la température d'un projectile n'a dépassé 95°.

(*A suivre.*) Eugène ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

Luxation récidivante

M. LE DENTU a fait sur le genou une opération comparable à celles de M. Ricard, dont M. Verneuil a parlé dans la dernière séance. Une fillette de sept ans et demi présentait probablement consécutivement à une ancienne luxation, un relachement notable du genou et la malade se faisait un jeu de déplacer et de replacer sa rotule en contractant son triceps ; il était facile de refouler en arrière le plateau du tibia. M. Le Dentu fit une incision verticale au côté interne de l'articulation, puis plissant toute l'épaisseur de la capsule articulaire, il passa à la base de ce pli une suture en créneau, puis une deuxième suture en surjet. La réunion se fit par première intention et le membre fut immobilisé pendant quelque temps. Le résultat est excellent. L'opération de M. Le Dentu a été faite après celle de M. Ricard, auquel la priorité appartient.

Pathogénie de la fièvre typhoïde

M. GIBERT. Lorsque l'on étudie, au Havre, la répartition de la fièvre typhoïde, du choléra, de la diphtérie, de la phtisie, on est frappé de voir que la contagion joue le plus grand rôle dans la propagation de ces maladies. Dans certaines rues, qui ne sont pas toujours les plus pauvres, la mortalité est excessive, atteint 50, 60, 100 pour 1,000, tandis que la mortalité générale de la ville est de 30 pour 1,000.

La phtisie sévit avec une intensité excessive dans le quartier Saint-François, où la mortalité pour cette maladie monte à 22 pour 1,000, celle du reste de la ville étant de 7 pour 1,000. La rue Royale est une des plus atteintes, tandis que des rues très voisines étaient presque épargnées; cela tient à ce que, dans cette rue, les maisons sont à étages et que les habitants se contagionnent les uns les autres, les habitants des rues les plus proches vivent dans des villas au milieu des jardins.

La distribution de la diphtérie est calquée sur celle de la phtisie. La diphtérie a débuté, au Havre, en 1860 et en 1882, elle causait 176 décès sur 10,000 habitants. A partir de ce moment, on se décida à faire de la désinfection d'une façon sérieuse et la mortalité baissa aussitôt, puisqu'elle est actuellement de 40 à 45 décès pour 10,000 habitants. Les bienfaits des pratiques hygiéniques sont évidents, cependant il est fort difficile de décider les municipalités à faire les sacrifices nécessaires. M. Gibert a consacré tous ses efforts à améliorer les conditions de la vie urbaine au Havre, il est parvenu à y faire créer un bureau d'hygiène, fonctionnant comme ceux qu'il avait vus à Turin, à Bruxelles; ce bureau est le second qui ait existé en France, le premier étant celui de Nancy.

Le choléra et la fièvre typhoïde se superposent l'un à l'autre au Havre; ce sont les mêmes rues, les mêmes maisons qui sont atteintes par les deux maladies et cette constatation permet à M. Gibert de combattre les idées de M. Brouardel sur l'étiologie de la fièvre typhoïde au Havre.

L'épidémie typhique existe dans la ville depuis 1860 et elle présente de temps à autre des recrudescences épidémiques. Tout récemment, à propos de l'une de ces recrudescences, M. Brouardel a été envoyé au Havre et a incriminé la source de Saint-Laurent qui apparaît sur le flanc d'un coteau dont le sommet, en plateau, reçoit les déjections de la ville. Cependant, on peut d'abord dire que l'eau, avant d'arriver à la source, doit traverser un filtre naturel fort suffisant pour l'épurer puisque l'émergence est à 70 mètres en contre-bas du sommet du plateau. Il est vrai que théoriquement, le terrain peut présenter des fissures permettant un passage rapide des liquides. Mais alors on trouverait le bacille d'Eberth dans l'eau et c'est une constatation qui n'a jamais été faite. De plus, il y a sur le plateau des puits dont les habitants se servent et jamais les personnes qui y puisent leur eau d'alimentation n'ont été atteintes de fièvre typhoïde. L'épidémie a frappé toute la ville; or, cette dernière reçoit des eaux de quatre sources prenant naissance à des distances assez grandes les unes des autres, et il est impossible d'admettre qu'elles aient toutes été contaminées en même temps, ce que la théorie de M. Brouardel exigerait. Enfin, si l'on examine la répartition des cas, on constate que ce sont surtout les quartiers riches qui ont été frappés, les quartiers pauvres où l'on boit de l'eau de Saint-François n'ont eu que peu de malades. M. Gibert a vu, dans une famille fort aisée, le père seul faire usage d'eau minérale, le reste de la maison buvait de l'eau municipale; et seul le père fut atteint par l'épidémie et succomba.

Comment expliquer les faits qui se passent au Havre? Très facilement si l'on admet le rôle du sol dans la détermination de la fièvre typhoïde. En effet, les quartiers les plus pauvres sont construits sur un sous-sol de galets qui est lavé par la mer à chaque marée, qui est ainsi drainé d'une façon complète. Dans les quartiers riches ce drainage n'existe pas et de plus, il n'y a pas d'égouts mais des puisards; ces puisards se rem-

plissent, se colmatent et finalement laissent passer les microbes dans le sous-sol ambiant où l'on trouve le microbe. Il y a là une vrai sorte de marais infectieux qu'il serait urgent de désinfecter, de drainer. Le seul moyen d'assainir le Havre serait de se résigner à exécuter de grands travaux identiques à ceux que l'on a fait à l'étranger dans des villes qui se trouvaient dans les mêmes conditions déplorables. L'Académie devrait prendre en main cette grande question de l'hygiène publique, demander la création de véritables médecins d'épidémies, que la clientèle qu'ils doivent ménager, s'ils veulent vivre ne pourrait gêner dans l'accomplissement de leurs devoirs. En France on ne fait plus d'enfants; il faudrait au moins conserver ceux qui existent.

M. Dujardin-Beaumetz ne pense pas que la diphtérie, la tuberculose puissent se transmettre par le sol; ce sont les logements qui sont infectés. On les désinfecte et la maladie s'arrête. Quant à la fièvre typhoïde, il faut un intermédiaire entre le sol et l'homme, et cet intermédiaire est l'eau. M. Gibert admet la contagion directe; elle est au moins fort rare et chacun a pu vérifier ce fait dans les hôpitaux. L'épidémie qui sévit actuellement à Paris a mis une fois de plus en évidence le rôle de l'eau; on n'a pas trouvé le bacille, et cependant on a pu fixer le point où s'était faite la contamination, établir la marche et la diffusion de la maladie.

M. Gibert maintient que l'eau n'a pas, dans la diminution de la fièvre tiphoïde et du choléra, le rôle capital que lui accordent MM. Brouardel et Dujardin-Beaumetz. L'épidémie de choléra d'Yport est démonstrative à ce point de vue. Le choléra est apporté dans ce village par des matelots venus de Cette, et dont les vêtements n'avaient été désinfectés que d'une manière illusoire. La femme de l'un d'eux lava la culotte de son mari chez elle, et jeta l'eau dans le ruisseau devant la maison. Deux jours plus tard cette femme est atteinte de choléra et meurt; puis les maisons voisines sont frappées, et la maladie reste cantonnée d'un seul côté de la rue, celui dont le ruisseau avait été souillé. Les habitants des maisons atteintes en marchant dans la ruelle infectée introduisirent chez eux des matières virulentes par les semelles de leurs souliers; ces matières se cultivaient dans le sol, pouvant souiller les mains, les aliments et contaminer le tube digestif. A Yport, on ne boit jamais d'eau, mais du cidre et de l'eau-de-vie, et lorsque M. Gibert a voulu prélever de l'eau d'un puits pour l'examiner, les habitants se sont moqués de lui.

Actuellement, il y a à Beuzeville, une petite épidémie qui dépend de la souillure du sol par les déjections.

La contagion est difficile à étudier dans les villes. M. Gibert n'en veut pour preuve que ce qu'on dit de la pelade dont une variété serait d'origine nerveuse. Or, il a soigné dernièrement une jeune fille que l'on pouvait croire atteinte de cette variété, tandis qu'en réalité, elle avait gagné la maladie en posant, un jour, sur sa tête la perruque que son frère portait pour dissimuler la pelade dont il était lui-même atteint... Dans les petites agglomérations on trouve toujours la perruque, à Paris on ne la trouve pas.

M. Lagneau avait depuis longtemps remarqué la grande mortalité du Havre. Il faudrait étudier le rapport existant entre le nombre des cas de tuberculose d'une part, et d'autre part, la densité de la population et l'habitat.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Grancher sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Voici la liste de ce classement :

1re ligne, *ex æquo* MM. Malassez et A. Voisin : 2e ligne, MM. Hanot et Raymond; 3e ligne, Déjerine et Vaillard.

Le Gérant : L.-G. Richelot.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

COURRIER

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Duplay reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 17 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Concours pour la nomination à trois places de médecin au bureau central. — Ce concours sera ouvert le vendredi 18 mai 1894, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 16 avril 1894, et sera clos définitivement le samedi 28 du même mois, à trois heures.

— M. le docteur Et. Saint-Hilaire, secrétaire général de la Société de laryngologie et d'otologie de Paris, est nommé médecin auriste de l'Institut départemental des Sourds-Muets.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — L'Assemblée générale annuelle a eu lieu le 1er avril dernier au siège social, 22, place Saint-Georges, à Paris sous la présidence de M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

Elle avait été précédée, comme le veulent les statuts, de la réunion du Comité directeur et du Comité des censeurs. Il résulte du rapport du trésorier et de l'examen de ses livres, que l'encaisse s'élevait au 31 mars 1894, à la somme de 488,203 fr. 23. La situation est donc florissante.

C'est cette année même que commence la distribution des retraites. La Société a, pour cette première année, 7 pensions à servir. Au 31 décembre dernier, à la fin du dixième exercice, a été close la période d'attente pendant laquelle la Société a constitué son capital inaliénable, capital s'élevant au 31 décembre à la somme de 451,280 fr. 22.

L'ordre du jour de cette Assemblée générale portait l'augmentation du chiffre des cotisations. En raison de l'abaissement du taux général de l'intérêt de l'argent, la Société, suivant l'exemple de toutes les Compagnies d'assurances sur la vie, s'est vue obligée d'augmenter le taux des cotisations annuelles. Elle a décidé qu'il serait augmenté, à partir du 1er avril, de 25 p. 100. Cette augmentation ne touchera que les nouveaux adhérents. Les anciens, admis jusqu'au 1er avril 1894, continueront à payer les mêmes cotisations.

Le bureau de la caisse se trouve ainsi constitué pour 1894.

Président, Dr Dujardin-Beaumetz (Paris) ; vice-président, Dr Lande (Bordeaux) secrétaire général, Dr Delefosse (Paris) ; secrétaire du Comité, Dr Maurat (Chantilly) ; trésorier, Dr Verdalle (Bordeaux) ; contrôleurs, Dr Cezilly (Paris), Dr Gassot (Chevilly-Loiret).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Après avoir annoncé la mort des docteurs Brown Séquard et Védrenes, membres correspondants de la Société, le président donne la parole à M. Gérard-Marchant, qui continue et clot la discussion sur le *traitement des contusions du rein.*

L'orateur commence par rappeler la présentation du malade de M. Tuffier et la communication ultérieure de ce chirurgien, dans laquelle il conclut à l'*abstention* dans les cas de *contusions rénales*. Certes, dans les cas légers, cette conduite est légitime ; mais il existe des symptômes menaçants qui mettent immédiatement la vie en danger et qui exigent une thérapeutique plus active. Pourquoi M. Peyrot a-t-il mis une pince sur l'artère qui donnait? Pourquoi M. Marchant a-t-il pratiqué la néphrectomie ? parce que l'hémorrhagie était considérable. Le malade mourait au bout de son sang et filait entre les doigts du chirurgien si celui-ci n'avait pas immédiatement saisi le bistouri. M. Tuffier, lui-même, a eu la main forcée par des symptômes paralytiques qui ont pu, à première vue, être pris pour tout autre chose, mais qui n'étaient que le résultat d'une compression nerveuse par un énorme hématome. Du reste, si on consulte les auteurs, on trouve enregistrés dans les principaux livres 17 cas de mort par hémorrhagie, soit primitive, soit secondaire. Il faut donc aller voir ce qui se passe et agir suivant les circonstances.

Certes, si on peut suturer la plaie du rein, il faut le faire. Mais si la déchirure est transversale, occupe la presque totalité de l'organe ainsi que cela se présentait dans le cas de M. Marchant, il n'y a qu'un moyen d'arriver à sauver le blessé, c'est la *néphrectomie lombaire*. M. Tuffier, dans son article du traité de chirurgie arrive, du reste, à des conclusions analogues ; puisqu'il pose en principe que l'extirpation rénale doit être pratiquée quand le rein est broyé; M. Marchant va un peu plus loin, et dit qu'une division étendue de l'organe suffit pour légitimer son ablation.

C'est tout à fait l'avis de M. Championnière, qui adopte complètement l'opinion de M. Marchant et qui, dans sa pratique, a vu certainement des cas de déchirure du rein guérir spontanément, mais qui, par contre, a perdu un homme d'hémorrhagie au bout de 14 jours.

Tout dernièrement encore, le chirurgien de Saint-Louis opérait un malade tombé sur le flanc droit, qui présentait des symptômes graves. L'hémorrhagie était considérable et le rein dilacéré dut être enlevé.

A propos d'observations de *calculs uréthraux* adressés à la Société par MM. Lavie et Piogey, M. Bazy fait un rapport dans lequel il étudie les principaux caractères de ces calculs. Ils peuvent descendre tout d'abord du rein et s'arrêter soit au collet du bulbe, soit à la racine de la verge, soit dans la fosse naviculaire. C'est ainsi que sur un petit malade ce chirurgien a pu, par une incision faite à la base du pénis, extirper un calcul qui avait malheureusement déterminé une infection ascendante, cause d'accidents

qui déterminèrent la mort. Dans d'autres cas, le calcul est arrêté par un rétrécissement, et alors il faut broyer cette petite pierre pour pouvoir guérir son malade.

Mais il est une question intéressante, celle de savoir si un calcul peut naître dans l'urèthre, et s'y développer. La réponse est affirmative. D'abord ces productions peuvent se faire dans la prostate et y rester ou cheminer dans le canal. Quand ce dernier est infecté, les calculs peuvent se former, comme on les voit se former dans une vessie enflammée, et même, ajoute M. Bazy, on peut trouver des calculs phosphatiques dans un urèthre sain, et il cite une observation qui montre bien leur origine autochtone.

La séance se termine par un rapport du professeur TERRIER sur un travail de M. Hartmann, intitulé : *Splénectomie pour accidents péritonitiques aigus déterminés par la torsion du pédicule d'une rate paludique.* Il s'agit d'un sujet ayant contracté les fièvres à l'île Maurice, et présentant du côté de l'abdomen des symptômes alarmants. Sur le conseil de son maître, M. Hartmann pratiqua la laparotomie, trouva un épiploon enflammé qui, soulevé, laissa voir une certaine quantité de liquide et une rate très hypertrophiée, déplacée suivant son grand axe. Elle fut attirée au dehors et on put alors constater que son pédicule était tordu deux fois sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Le pédicule fut lié, le ventre refermé et la malade, c'est une femme croyons-nous, est aujourd'hui, c'est-à-dire environ une année après, tout à fait bien portante. Les globules rouges ont même augmenté considérablement de nombre. La rate pesait 2 kilog. 190 gr. et le liquide péritonéal était absolument stérile.

Ces déplacements de la rate, comme le fait remarquer le rapporteur, sont intéressants à étudier et ne se produisent que quand cet organe est augmenté de volume. Certes, on peut trouver des déplacements spléniques quand il y a inversion des viscères, ou encore à la suite de traumatismes ; mais pour qu'il y ait des accidents douloureux, il faut qu'il y ait torsion du pédicule.

M. TERRIER a fait des recherches et a pu relever un certain nombre de faits semblables. Il cite notamment un cas d'Albert (de Vienne) en 1885, un cas de Bland Sutton, qui détord le pédicule, replace la rate, quatre mois après les accidents recommencèrent et il enleva alors cet organe, qui avait tourné trois fois sur son axe. On connaît le cas de Heurtaux (de Nantes) lu à la tribune de la Société de chirurgie et qui se termina par la mort. Miers, ainsi que Prochownick, ont aussi pratiqué la splénectomie dans des circonstances analogues. Enfin Glascow replaça la rate, tenta une plénopexie, n'y parvint pas, et fut obligé d'extraire le viscère. La guérison suivit cette intervention.

Comme on le voit, ce sont là des observations curieuses. M. Terrier termine son rapport en faisant remarquer que, d'après l'étude des cas qu'il vient de citer, la torsion du pédicule de la rate ne détermine pas nécessairement de la péritonite ; mais que, dans la majorité des cas, il y a cependant réaction péritonéale. Cette réaction est au début aseptique ; mais peut devenir septique par un mécanisme semblable à celui qu'on invoque dans l'étranglement herniaire.

Citons encore une lecture de M. Ricard, sur un cas de *cholecystentérostomie.*

Eugène ROCHARD.

CONGRÈS DE ROME

—

(*Suite*)

MEDECINE

II.

Il y a peu d'années on attribuait la plupart des *cirrhoses hépatiques* à l'action de l'alcool. Actuellement, on tend à accorder un grand rôle. dans leur pathogénie à l'action des toxines d'origine microbienne. Cependand, on a trouvé quelquefois des cirrhoses que leur évolution particulière, l'absence des causes habituelles, ne permet pas de classer et dont l'étude anatomo-pathologique et clinique offre un grand intérêt.

MM. Hanot et Boix ont trouvé assez souvent chez des adultes dyspeptiques, dilatés ou non, mais ni alcooliques, ni tuberculeux, ni syphilitiques, ni implaudiques, un gros foie dépassant les grosses côtes de 4 à 8 travers de doigt, à surface lisse et égale et à bords épaissis. La palpation de l'organe est indolore, mais on le trouve très résistant, dur comme du bois. Le reste n'est pas augmentée de volume, il n'y a ni ascite, ni ictère simplement une coloration urobilinique non constante des téguments. Tantôt les urines sont normales, tantôt elles renferment une petite quantité d'urobiline ou même d'albumine. Une fois l'hypertrophie du foie produite, elle reste stationnaire. Les malades, outre des accidents dyspeptiques habituels, présentent de temps à autre des embarras gastriques, avec congestion du foie, des poussées de périhépatite ; il y a en outre de la lassitude générale et la constipation est habituelle Au point de vue histologique, on constate qu'il s'agit d'une sclérose généralisée des espaces portes avec intégrité de la veine centrale du lobule ; à la périphérie de ce dernier le tissu conjonctif s'insinue plus ou moins loin entre les cellules un peu dégénérées, pas de néoformations de canalicules biliaires. Il est évident que cette cirrhose du foie dépend des troubles dyspeptiques et MM. Hanot et Boix ont trouvé une hyperchlorhydie constante chez trois de leurs malades. Le pronostic de cette variété de cirrhose d'origine dyspeptique est bénin, mais naturellement l'organe devient facilement accessible aux affections intercurrentes. Le traitement consiste à combattre la dyspepsie et faire l'antisepsie intestinale, on peut admettre qu'il s'agit là d'une forme de l'hypertrophie hépatique décrite par M. Bouchard dans la dilatation de l'estomac.

M. Hanot a aussi insisté sur la nature infectieuse de la *cirrhose hypertrophique biliaire* avec ictère chronique. Les lésions rencontrées sont une cirrhose diffuse avec hépatite parenchymateuse généralisée, formation de néo-canalicules biliaires et angiocholite catarrhale ; les artérioles sont dilatées et leurs cellules endothéliales hypertrophiées ; cette dernière lésion existe aussi dans le foie infectieux qui se caractérise en outre par la distension des canalicules biliaires par des cellules desquamées et proliférées, des infiltrations de globules blancs dans l'intérieur des lobules, autour des vaisseaux sanguins, dans les espaces portes, etc. ; les cellules hépatiques sont habituellement tuméfiées et leurs noyaux se sont multipliés, il y a de nombreux néo-canalicules provenant de leur transformation. Il est impossible de ne pas rapprocher ces lésions de celles de la cirrhose biliaire. M. Gastou et Hanot ont trouvé un diplocoque dans le sang du cœur et du poumon chez deux malades morts de cirrhose hypertrophique.

M. Bauzon s'est occupé de l'*ictère des nouveaux-nés* qui, pour lui, est un ictère hémophéique bénin ; il se produit chez 57 0/0 environ des nouveaux-nés et la faiblesse congénitale est le facteur le plus important et le plus constant dans son étiologie. La ligature tardive du cordon est le meilleur moyen d'en préserver les enfants.

III

Un certain nombre de communications sont relatives à des questions ardues, mais intéressantes rentrant dans le cadre de la pathologie générale.

M. A. Danilevski a étudié le protoplasma et ses modifications par la vie. Pour le savant Russe le protoplasma est un complexus moléculaire chimique entier et non un simple mélange dont les éléments agissent indépendamment les uns sur les autres. Ce complexus maintient sa constitution contre les influences perturbatrices, est excitable, tolère certaines choses pour lutter contre d'autres, etc. C'est l'albumine qui est la principale des substances entrant dans la composition du protoplasma. Pour M. Danilevsky, la molécule de cette albumine est formée d'un certain nombre de fractions ou séries, toutes semblables, et composées de groupes d'atomes se ressemblant beaucoup ou identiques. Les variétés d'albumine dépendraient des quantités différentes de séries ou de l'absence de quelques-unes d'entre elles. On a alors des substances que l'on peut appeler albuminoïdes, telles que l'élastine, la kératine, la cornéïne, etc. Certains organismes inférieurs ne sont constitués que par des substances albuminoïdes et ne renferment pas de substances albumineuses complètes. C'est là un point excessivement important qui met le naturaliste en présence du développement philogénétique graduel de la molécule albuminoïde. Cette dernière ne s'est pas constituée d'emblée telle qu'on la trouve chez les animaux supérieurs et elle a dû être, au début, extrêmement simple. Il est probable même que la molécule d'albumine du protoplasma des animaux supérieurs n'a pas perdu la faculté de recevoir dans sa constitution de nouveaux groupes atomiques. Peut-être chez les arsenicophages, l'arsenic est-il déjà devenu une partie constitutionnelle du protoplasma, car, chez eux, la cessation brusque des doses habituelles du poison provoque des accidents ; le groupe atomique de l'alcool fait sans doute partie du protoplasma des grands alcoolisés. L'immunité ne serait que l'admission des substances toniques fabriquées par les microbes dans le complexus protoplasmique.

M. Guilio Bizzozero a résumé ses connaissances actuelles sur l'*accroissement et la régénération dans l'organisme*. Au point de vue de l'accroissement et de la régénaration, les tissus se divisent en trois groupes :

1° Tissus dont les éléments continuent de se multiplier pendant toute la vie. Rate, moelle des os, ovaires, testicule, épithéliums de revêtement avec leurs replis devenus glandulaires, glandes tuberculeuses de l'intestin, etc.

2° Tissus dont les éléments se multiplient jusqu'à la naissance ou peu de temps après. Tels sont les tissus des glandes dont la sécrétion est amorphe par opposition à celles du premier groupe qui ont une sécrétion figurée : foie, rein, pancréas, glandes salivaires, etc.; tissu conjonctif, tissu musculaire lisse.

3° Tissus dont la multiplication des éléments cesse de très bonne heure dans la vie embryonnaire; tissu musculaire strié, tissu nerveux. On pourrait appeler ces tissus tissus à éléments perpétuels, les autres étant des tissus à éléments stables (groupe 2) ou à éléments labiles (groupe 1).

Les différences dans la durée de la multiplication des éléments ne dépendent pas de la dérivation blasto-dermique non plus que de la complexité de structure et de fonction, mais des pertes d'éléments qui se font au moment de la fonction.

A la suite d'une destruction de tissus, l'activité réparatrice est naturellement à son maximum dans les tissus d'éléments labiles; elle existe aussi pour les glandes à sécrétion amorphe puisqu'on y a trouvé des figures Karyokinétiques, et le tissu musculaire lisse; elle est au minimum pour le tissu musculaire strié et le tissu nerveux. Il est très probable que chez les mammifères, il n'y a jamais production de nouvelles cellules nerveuses; il ne se produit pas de nouvelles fibres dans un muscle strié.

Dans les parties encore jeunes, la chaleur modérée, l'afflux sanguin exagéré, augmentent l'énergie de l'accroissement.

Les nerfs ont une action certaine sur la nutrition, mais comment agissent-ils ? Ils peuvent modifier l'afflux sanguin par leurs fibres vaso-motrices ; il peuvent inciter les éléments avec lesquels ils sont en rapport à fonctionner et par conséquent à introduire des matériaux nouveaux dans leur intimité, enfin, on a dit qu'ils agissaient directement sur la nutrition de ces éléments. Cependant, M. Bizzozero ne croit pas qu'il y ait de fibres trophiques et on peut admettre qu'il s'agit presque toujours dans les altérations dites trophiques de modifications vaso-motrices diminuant l'afflux sanguin, ou amenant une distribution irrégulière du sang ou enfin rétrécissant la lumière, altérant les parois des vaisseaux ; il y a ainsi des parties de l'organisme qui deviennent un *locus minoris resistentiœ*. Aucune prolifération ne peut dépendre d'altérations dans la circulation ou l'innervation et c'est l'élément seul qui entre en jeu.

IV

Il y a longtemps que l'on a remarqué que l'*organisme s'adaptait à certaines conditions pathologiques*, un des exemples les plus connus de cette adaptation étant l'hypertrophie du cœur dans les affections valvulaires. Ces compensations ont été regardées comme commandées par les besoins de l'organisme. C'est là une théorie ferme pour M. Nothnagel, qui a fait voir au Congrès que les compensations se produisent par suite de lois physiques, chimiques ou biologiques et non pour le plus grand bien de l'organisme, car trop souvent elles manquent lorsqu'elles seraient indispensables pour la prolongation de la vie. On a dit que lorsque l'artère crurale était oblitérée immédiatement au-dessous de la fémorale profonde et des circonflexes, la circulation collatérale se développait par suite de l'augmentation de pression dans l'artère au-dessous de l'oblitération. Cette explication est erronée, car ce ne sont que les bronches qui ont des anatomoses directes préformées avec les vaisseaux de la région ischémiée qui se dilatent. L'oblitération entraîne la diminution de la pression dans les parties ischémiées, le cours du liquide se fait plus vite dans les anatomoses, d'où dilatation de ces dernières puis hypertrophie de leurs parois. L'établissement de la circulation collatérale est donc fatal et dépend de conditions purement physiques.

L'hypertrophie des éléments musculaires des parois du cœur qui se produit dans les lésions valvulaires, résulte de la dilatation de ces parois par un contenu plus grand que normalement, d'où excitation et travail excessif du muscle.

Si, le lendemain de l'extirpation du rein, les quantités d'urine et de matières extractives rendues sont les mêmes, c'est que les substances qui circulent dans le sang déterminent une excitation deux fois plus énergique dans le rein qui reste. On peut expliquer de même ce fait que, lorsqu'une partie du foie est enlevée, le fragment restant suffit à la tâche totale.

La compensation peut être d'une toute autre nature que celle qui serait nécessaire pour le bon fonctionnement d'une partie lésée. C'est ainsi que dans la paralysie infantile avec destruction des cellules des cornes antérieures, il y a atrophie musculaire, atrophie des os du côté atteint. Souvent cependant, il y a peu de différence, à l'œil, entre les deux moitiés du corps. Cela tient à ce que du tissu adipeux produit en excès, masque l'amoindrissement des tissus nobles, mais naturellement ne peut les suppléer.

Les compensations sont si peu demandées par les nécessités de la vie de l'organisme malade, qu'elles peuvent bien devenir nuisibles. Lorsque, dans la sclérose d'un poumon, l'autre exagère son activité fonctionnelle, il y a rapidement ataxie des alvéoles, atrophie des capillaires et finalement diminution de la surface respiratoire.

Il n'y a donc pas de compensation « providentielle » et cela a, du reste, été mis

depuis longtemps en évidence en France, à propos de l'hypertrophie du cœur dans les lésions valvulaires.

— *L'hypertrophie idiopathique du cœur*, connue des premiers pathologistes qui s'étaient occupés des maladies cardiaques, était tombée dans l'oubli à la suite des travaux de Bouillaud et ce ne fut que quelque temps après les belles découvertes de ce dernier sur les rapports de l'endocardite et du rhumatisme articulaire, que l'on recommença à s'en occuper. Pour M. Laache (de Christiania) l'hypertrophie idiopathique du cœur comprend des affections différentes les unes les autres, mais dans lesquelles : 1° il n'y a que pas ou peu de lésions valvulaires ; 2° les obstacles circulatoires anatomiques font défaut. Le cœur peut atteindre un volume considérable, mais, ce qui est important, ce n'est pas seulement ce volume, mais surtout l'état de la fibre musculaire dont la dégénérescence conduit aux plus graves accidents. Parmi les causes prédisposantes de la maladie, on peut citer l'hérédité et les états réunis par Bouchard, sous le titre général de Ralentissement de la nutrition. Les principales causes déterminantes, sont l'alcoolisme et les exercices musculaires poussés à l'excès. L'action de l'alcoolisme est surtout marquée chez les buveurs de bière et il y a un véritable « cœur de bière ». Fraentzen, Leyden ont mis hors de doute l'action active du surmenage physique. En Norvège les exercices du sport ont pris, dans ces dernières années, comme dans beaucoup d'autres contrées de l'Europe, un grand développement. Cependant on n'a pu constater de lésions permanentes du cœur consécutives à ces excès d'efforts musculaires et, d'une manière générale, on peut dire que le sport modéré fortifie le muscle cardiaque.

Le diagnostic de l'hypertrophie idiopathique du cœur est souvent des plus difficiles et le pronostic en est fort grave pour la plupart des médecins, puisqu'il y a lieu de redouter la mort subite

Le traitement, dès que le cœur faiblit, consiste dans l'emploi de la digitale, de l'iodure de potassium, du strophantus. L'entraînement du muscle cardiaque donne de bons résultats chez les malades gros, chez ceux qui ne faisaient que fort peu d'exercice et tout le monde sait qu'Œrtel a élevé cet entraînement à la hauteur d'une méthode thérapeutique.

M. Charrin a cherché, dans une série d'expériences, de déterminer l'action des milieux physico-chimiques qui nous entourent, sur les microbes ainsi que sur leurs produits.

Il a choisi comme sujet d'expériences le bacille pyocyanogène, et a pu tout d'abord constater que si le froid agit rapidement sur la pullulation et sur les sécrétions, on doit avoir recours à un froid excessif pour tuer le microorganisme. Une température de 60° doit être continuée pendant quatre à six heures si l'on veut obtenir sûrement la mort. On ne doit donc pas s'étonner de voir les épidémies se développer pendant des hivers rigoureux. La chaleur a une action plus énergique que le froid. L'électricité (courants se succédant à haute ou basse fréquence) diminue les sécrétions bacillaires. L'azote n'a qu'une action relativement peu marquée ; c'est un antiseptique médiocre, de même que l'oxygène pur qui n'agit guère que sur la sécrétion du pigment. La première affaiblit la bactérie, mais elle doit être considérable, atteindre de 30 à 40 atmosphères ; les mouvements répétés, les trépidations affaiblissent légèrement la vitalité. Mais c'est surtout l'action de la lumière qui est très énergique, et il faut d'autant plus en tenir compte, que ses effets se manifestent sans cesse dans la nature. Ce sont les rayons violets et leurs voisins qui affaiblissent et tuent la bactérie, les rayons du côté du rouge n'ont qu'une action presque nulle.

Les agents physiques ont aussi de l'action dans les toxines ; l'oxygène affaiblit la tuberculine.

Les bouillons stériles congelés puis ramenés à 37°, fournissent au bacille pyocyanogène un milieu meilleur que s'ils n'avaient pas été soumis à l'action du froid.

Il croit d'après ses expériences, que les agents chimiques ont réellement une importance dans l'étiologie des épidémies.

— Y a-t-il lieu de *distinguer le bactérium coli du bacille typhique*? MM. Cesaris-Dewel et Orlandine ne le pensent pas, et pour eux il n'y a qu'une différence de degré entre les deux bacilles. Le bactérium coli est plus virulent que le bacille typhique, il conserve sa virulence plus longtemps. On peut immuniser envers l'un des bacilles avec les produits solubles de l'autre et le sérum d'un animal rendu réfractaire au bactérium colia, joue un rôle préservatif contre l'infection par le bacille typhique. Des injections de sérum d'animaux immunisés contre le bactérium coli ont été faites à des dothiémenthériques. Il y a diminution de la température et amélioration de l'état général, mais les effets obtenus ne sont que transitoires si les injections ne sont pas répétées.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Ictère grave

M. Macallum et M. Mac Phedran, de Toronto, rapportent le cas d'une femme de 24 ans, enceinte de cinq mois, jusque là très bien portante, qui, vers le 1er janvier 1894, prit l'influenza ; en même temps elle avait de l'ictère. Bientôt son état devint mauvais : vomissements, douleurs dans la région hépatique, épistaxis, ictère de plus en plus foncé, selles décolorées et fétides, etc. La malade entra à l'hôpital le 31 janvier; à mesure que les symptômes graves s'étaient développés, elle était tombée dans la torpeur ; elle mourait le 2 février.

Après avoir donné les résultats d'un examen histologique très minutieux du foie, MM. Mac Phedran et Macallum présentent quelques considérations intéressantes sur le mode de production de l'ictère, sur l'étiologie de l'ictère grave et sur quelques symptômes de cette affection, en particulier les symptômes cérébraux.

La bile peut être résorbée, sans qu'il y ait obstruction catarrhale des gros canaux, dans les conditions suivantes : une destruction des fins capillaires biliaires de la périphérie du lobule et l'obstruction de tous les autres capillaires biliaires du lobule par des masses protoplasmiques. Ces deux conditions se trouvaient très nettement réalisées dans le cas précédent.

La destruction des cellules du foie et la dégénérescence graisseuse du tissu rénal indiquent que la cause même de la maladie est un élément toxique. Il est encore impossible de dire si cet élément toxique est dû à des micro-organismes pathogènes, ou à une déviation du processus digestif et à des produits intestinaux anormaux. Le fait que l'on n'a trouvé des microbes que dans quelques cas d'ictère grave, ne doit pas faire définitivement rejeter la nature microbienne de la maladie, bien qu'on soit cependant autorisé à chercher ailleurs une cause plus démontrable. Tout bien considéré, MM. Mac Phédran et Macallum pensent que l'élément toxique n'est autre chose qu'un composé chimique, probablement une albumine anormale, résultant d'un processus de putréfaction se produisant dans l'intestin, et que cette substance toxique est absorbée par les radicules de la veine porte, portée jusque dans le foie, où elle arrive en contact avec les cellules hépatiques. Ce sont les cellules de la périphérie des lobules qui sont atteintes les premières

et détruites. Une fois commencée, la destruction des cellules hépatiques se continue dans les cellules plus profondes des lobules et cette destruction est aidée par la rétention biliaire au niveau même des capillaires lobulaires.

Que les produits digestifs d'une substance nocive puissent produire l'atrophie aiguë du foie, cela est prouvé par le cas que West repporte de deux enfants qui avaient mangé, quelques jours avant leur maladie, quelque chose qui avait été jeté de la boutique d'un herboriste. Mais les micro-organismes semblent, il est vrai, devoir être accusés dans quelques cas, par exemple, lorsqu'il se produit une véritable épidémie parmi les marins d'un navire ou parmi les membres d'une même famille. Ces micro-organismes pourraient d'ailleurs sécréter des toxines, qui, absorbées par le système porte, exerceraient leur action destructive sur le foie.

La grossesse est une des conditions les plus favorables à la production de l'ictère grave ; il est possible que la constipation alors si fréquente, augmente les conditions favorables à la production dans l'intestin de produits de putréfaction, tandis que, d'un autre côté, elle diminue l'action défensive des organes absorbants.

On ne peut donner des symptômes cérébraux de l'affection qu'une explication hypothétique. Il est possible qu'ils soient dus à une diminution de la nutrition du tissu cérébral, comme le veut Traube, ou à l'action d'une substance toxique. Quant aux hémorrhagies et au purpura, ils s'expliquent par les altérations des parois vasculaires et aussi par les désintégrations des globules rouges et la thrombose consécutive des artérioles et des capillaires. (*British med. Journal*, 10 février.)

Ictère grave chez l'enfant

Merkel rapporte un cas d'atrophie jaune aiguë du foie chez un enfant de six ans et demi. L'ictère grave est très rare dans l'enfance ; de telles observations sont donc réellement intéressantes. Chez le petit malade de Merkel l'affection débuta par du malaise et de l'anorexie ; peu après l'ictère apparaissait. A ce moment, la température était normale, 37°4, et le pouls peu fréquent ; langue sale, urines bilieuses mais non albumineuses ; le bord tranchant du foie se sentait à deux travers de doigt au-dessous des côtes. Huit jours plus tard, le volume du foie avait considérablement diminué ; on ne pouvait plus le sentir par la palpation ; la rate, au contraire, était grosse.

En même temps l'ictère augmentait ; l'enfant fut pris de convulsions et tomba dans une prostration profonde ; la température était à 36°8, et le pouls à 116. La mort survint 17 jours après le début de la maladie.

A l'autopsie, œdème pulmonaire ; hémorrhagies sous les séreuses ; très peu de bile dans la vésicule. Foie très petit, de couleur brun jaunâtre à la coupe avec nombreux îlots rouges ; dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques et infiltration par places de cellules rondes. Ecchymoses rénales, tuméfaction et dégénérescence graisseuse de l'épithélium rénal ; commencement de dégénérescence des fibres cardiaques.

Quant à la cause de l'affection elle resta dans ce cas, comme dans bien d'autres, complètement inconnue.

D'abondantes injections rectales agissaient favorablement par leurs effets calmants, mais n'influencèrent pas la marche de l'affection.

(*Münch med. Woch*, janvier.)

Ictère épidémique

On sait que l'ictère catarrhal se présente quelquefois sous la forme de maladie saisonnière, d'où l'ancienne dénomination d'ictère vernal ou automnal; il a alors les allures d'une maladie générale infectieuse et il est épidémique (épidémies de maison, de famille, de caserne, de localités).

Voici quelques nouveaux cas d'ictère épidémique observés récemment par des auteurs anglais :

Le 19 octobre dernier, M. Hall Calvert (d'Edimbourg) est appelé auprès d'une jeune femme qui semble être atteinte d'influenza. Le 22 octobre, l'ictère apparaît et devient assez intense ; urines foncées, matières fécales décolorées, langue chargée, etc. Tout disparaît rapidement sous l'influence d'un traitement assez simple.

Mais une jeune sœur de la malade se plaignit à ce moment de malaise et, quelques jours après, elle était à son tour atteinte d'un ictère qui fut plus intense et de plus longue durée que celui de la première malade.

A la même époque, une cousine qui présentait elle aussi des symptômes d'influenza, et qui semblait très malade, fut atteinte, dix jours après le début de l'affection, d'un ictère très intense. Un mois après, une jeune sœur puis un jeune frère de cette malade se plaignent de malaise et, quelques jours plus tard, présentent de l'ictère accompagné d'urticaire surtout développée au niveau des membres.

Un peu plus tard, M. Calvert observa deux nouveaux cas, l'un chez une dame de 45 ans, qui ne fut que légèrement atteinte, l'autre chez un enfant de 9 ans, qui eut des vomissements, mais pas de fièvre ni aucun autre symptôme.

M. Calvert se demande s'il ne faut pas, dans plusieurs des cas qu'il rapporte, regarder l'ictère comme une suite de l'influenza. Si cet ictère épidémique n'est pas une manifestation post-grippale, dit-il, quelle est son origine ?

Mais on sait que l'ictère catarrhal évolue souvent comme une maladie infectieuse (Kelsch, Chauffard) et qu'il débute par une sorte de période *pré-ictérique*, comme le dit Chauffard, caractérisée par du malaise, de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie et quelquefois même des symptômes plus accentués, vomissements, épistaxis, albuminurie, diarrhée fétide, herpès labial, etc.

Il n'est donc pas démontré que les malades de M. Calvert aient eu l'influenza et que l'ictère fut consécutif à cette affection. (*Brit. med. journ.* 3 février.)

M. Young, toutefois, tout en rapportant quelques cas nouveaux, estime lui aussi qu'il faut incriminer l'influenza comme cause première de l'ictère.

(*Brit. med. journ.*, 3 mars.)

M. Bartlett a observé aussi, vers la même époque que M. Calvert, une remarquable épidémie d'ictère, présentant cette particularité que tous les malades atteints étaient des enfants. (*Brit. med. journ.*, 24 février.)

M. Thursfield rapporte, d'autre part, une épidémie très étendue d'ictère frappant les enfants de trois écoles différentes.

M. Antony Roche et M. Hawthorn envoient, de leur côté, l'observation de cas d'ictère chez des enfants, semblant consécutif, dans un cas, à l'absorption par les enfants d'une grande quantité de graines que l'on donne d'ordinaire aux oiseaux, dans l'autre, à l'absorption de bonbons très colorés et de mauvaise qualité. (*Brit. med. journ.*, 10 mars.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Traitement de la sciatique

Le traitement de la sciatique comprend la médication causale et la médication symptomatique.

A. *Médication causale.* — Lorsque l'on a éliminé les causes que l'on peut appeler chirurgicales (compression ou irritation du nerf par une esquille, une tumeur, un cal vicieux, une cicatrice), on doit rechercher la cause de la sciatique dans l'état constitu-

tionnel du malade qui est un rhumatisant, un goutteux, un impaludique, un diabétique. Si l'on ne trouve rien de ce côté, il faudra s'assurer que la névralgie ne dépend pas d'une intoxication par l'oxyde de carbone, le mercure, le plomb, l'alcool, qu'elle n'est pas sous la dépendance de la blennorrhagie. D'autres fois encore, la sciatique pourra être causée par une attitude vicieuse, ou même par la simple accumulation de matières fécales dans le rectum.

Naturellement la différence des causes entraîne la différence des traitemenst. Si c'est le rhumatisme que l'on doit incriminer, et alors la névralgie est le plus souvent apparue à la suite d'une fatigue ou d'un refroidissement, le salicylate de soude est indiqué à la dose de 4 à 6 gr. par jour, donnés avec les précautions habituelles sur lesquelles nous reviendrons en exposant le traitement du rhumatisme. Si le malade a simplement un tempéramment arthritique, les alcalins, la liqueur de Fowler, le salicylate de lithine (Lemoine) sont les médicaments à prescrire.

La quinine sera le médicament de choix dans la sciatique paludéenne, et, du reste, le professeur Jaccoud donne 1 gr. 50 à 2 gr. de bromhydrate de quinine, *pro die*, dans tous les cas où le salicylate ne lui semble pas indiqué.

Inutile d'insister sur le traitement général de la sciatique due au diabète, à une intoxication ; il se confond avec le traitement de ces états morbides.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que le traitement général réussit rarement à lui seul à faire disparaître une sciatique et qu'il faut presque toujours avoir recours, en même temps, à la médication symptomatique.

B. *Médication symptomatique.* L'antipyrine est un des meilleurs analgésiques ; 3 gr. par jour en trois fois font une dose moyenne. L'ingestion buccale est bien préférable à l'injection sous-cutanée.

Si l'antipyrine échoue, on peut recourir à l'injection de morphine.

L'injection hypodermique de morphine doit être considérée comme une ressource ultime; on peut toujours craindre de voir la sciatique se prolonger et le malade devenir morphinomane.

Le bleu de méthylène pourra être essayé soit sous forme de pilules de 0,05, deux à quatre par jour, soit sous celle d'injections sous-cutanées:

Bleu de méthylène. . . .	2 grammes.
Eau.	100 —

Lemoine recommande, après Combemale, cette médication, et il fait remarquer que l'effet de l'injection ne se produit qu'après une ou deux heures.

Parfois on se trouve bien d'administrer des capsules d'essence de térébenthine, 8 à 10 par jour (Delpeuch).

Les applications externes de beaume tranquille, de pommades à la belladone, de liniments divers sont classiques mais peu efficaces. Les topiques au chloroforme, et surtout ceux où il entre de la pommade stibiée agissent comme révulsifs. Mentionnons les applications externes de fleur de soufre, parfois suivies de succès.

Le vésicatoire est le révulsif le plus communément employé. On peut appliquer des vésicatoires successifs ou tailler une longue bande d'emplâtre que l'on dispose sur le trajet du nerf. On peut aussi recourir aux ventouses scarifiés placés au pli fessier, dans le creux poplité et au mollet, et utiles surtout dans les sciatiques récentes, congestives.

Les pointes de feu, les pulvérisations de chlorure de méthyle sont d'un usage habituel.

L'électricité, surtout sous la forme de courants continus descendants donne de bons résultats. On placera le pôle négatif au niveau des points douloureux, et le pôle positif sur la région lombaire ou au niveau de la grande échancrure sciatique ; intensité, 10 à

15 milliampères — durée 5 à 10 minutes, — une séance tous les jours ou tous les deux jours.

On a aussi conseillé les courants induits faibles et à intermittences rares, la faradisation cutanée au pinceau.

Les bains sulfureux, les douches chaudes et de vapeur, sont les pratiques hydrothérapiques les plus utiles.

On n'oubliera pas, dans toute sciatique récente, de prescrire le repos absolu.

Dans la sciatique chronique, les eaux d'Aix, de Bourbonnes, de Néris sont très indiquées ; l'électrisation, le massage combattront les atrophies musculaires. Les bains de vapeur térébenthinés sont aussi utiles. Enfin, parfois, l'élongation du nerf viendra seule à bout de la maladie.

BIBLIOTHÈQUE

Cliniques chirurgicales de la Pitié
par le docteur P. Reclus. — Masson 1894

Nous venons de recevoir ce joli volume et nous nous empressons de le faire connaître au public médical. Pour tout éloge, nous n'aurons qu'à rappeler à nos lecteurs qu'ils ont déjà pu apprécier les qualités de l'écrivain et du chirurgien dans les cliniques que M. Reclus nous a fait l'honneur de publier dans l'*Union médicale* en 1893. C'est, du reste, le troisième volume d'une série de leçons commencées à l'Hôtel-Dieu en 1887 et qui ne se termineront pas, nous l'espérons, à la Pitié.

L'auteur revient, bien entendu, sur des questions qui lui sont chères : sur la *cocaïne*, sur la *maladie kystique de la mamelle*, sur les *plaies de l'intestin*, sur le *traitement des appendicites*... et apporte de nouveaux arguments dans la défense de ses idées. Il ne craint même pas, en bon esprit qu'il est, d'exposer les motifs qui ont fait subir quelques changements à sa thérapeutique dans certaines affections chirurgicales, dans les suppurations pelviennes, par exemple, où il se montre aujourd'hui plus partisan de la laparotomie qu'autrefois.

Comme on le voit, cet ouvrage est des plus intéressants et conçu dans les idées modernes. Ce n'est plus le livre de cliniques fait à la fin de sa carrière par un chirurgien qui y expose le résultat de sa pratique et de son expérience ; c'est la discussion actuelle des questions ouvertes et des traitements nouveaux. Quand nous aurons ajouté que des planches originales complètent ce volume, nous en aurons dit assez pour montrer tout l'intérêt qui s'attache à la lecture des *Cliniques chirurgicales de la Pitié*.

E. R.

La Chirurgie Journalière

Leçons de clinique chirurgicale, par le docteur A. Desprès, chirurgien de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 4e édition. Paris, J.-B. Baillière, 1894

Ce livre, dont le titre indique l'objet, a reçu du public un accueil favorable, parce qu'il répondait à un besoin.

L'auteur, dans les trois éditions précédentes, a cherché à vulgariser les moyens pratiques de reconnaître et de traiter les maladies chirurgicales les plus communes.

Mais l'usage et la pratique lui ont indiqué les lacunes qai restaient à combler, et c'est pourquoi la quatrième édition de la *Chirurgie journalière*, outre les éditions courantes, a été augmentée de plusieurs leçons nouvelles sur des opérations de chirurgie que tout praticien éloigné des grands centres, doit bien connaître et doit pouvoir pratiquer. Nous

mentionnerons spécialement la leçon sur le Cancer de l'utérus, et sur les Plaies par balle de revolver de petit calibre.

Par le temps qui court, où la chirurgie d'exception semble être la principale préoccupation des chirurgiens, il est bon que la chirurgie classique ne soit pas négligée, et c'est ce but plus modeste, mais peut-être plus utile, que l'auteur a tâché d'atteindre

COURRIER

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1893-1894, dans les fonctions de chef de clinique, MM. Destarac et Ripal, clinique médicale; Chamayon, clinique chirurgicale ; Stieber, clinique obstétricale; Chabaud, clinique des maladies des enfants.

Ecole de médecine d'Alger. — MM. Martinet et Lardeau sont nommés : le premier, prép. de pharmacie ; le second, prép. de mat. méd.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Boussavit est institué chef de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Truchot est nommé professeur de phys. (chaire nouvelle).

Ecole de médecine de Rennes. — M. Bertheux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est prorogé pour un an dans ses fonctions.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Hue, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin de l'année 1893-1894.

Ecole de médecine de Tours. — M. Archambault est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales.

— MM. les docteurs Rochon-Duvigneaud et A. Terson, recommenceront le lundi 23 avril, à l'Hôtel-Dieu, à cinq heures, un cours pratique d'ophtalmologie, qui comprendra :

1° Examen de l'œil, ophtalmoscopie et réfraction (avec malades);

2° Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes (avec pièces histologiques et notions bactériologiques spéciales);

3° Médecine opératoire (avec exercices).

Les cours auront lieu tous les jours, à cinq heures, et dureront six semaines. S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de première classe : M. le médecin en chef de deuxième classe, Ayme.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe : MM. les médecins principaux, Rangé et Kieffer.

Au grade de médecin principal : M. le médecin en chef de première classe, Pichon.

Au grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe, Rimbert et Guinier.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le Congrès de Rome. — L'eau de la Vanne et la fièvre typhoïde à Paris. Les bactéries des eaux minérales

Le congrès de Rome a terminé ses séances et les médecins accourus de tous les points du monde pour assister à cette grande solennité, sont de retour dans leurs foyers. Ils conserveront longtemps le souvenir de ces fêtes splendides et l'impression qu'ils en ont rapportée ne peut avoir que de bons résultats. Bien que le caractère scientifique du congrès y ait perdu quelque chose, bien que le récit des réceptions et des dîners ait tenu, dans les comptes rendus des journaux, plus de place que les séances des sections et même que les conférences, on ne peut que se féliciter de la façon dont s'est passé ce congrès, dont aucun incident fâcheux n'est venu troubler le cours.

Les splendeurs de la réception qui a été faite à nos confrères est, en somme, un hommage rendu à la science qu'ils représentent ; c'est un signe des temps, c'est la récompense des progrès qu'ils ont accomplis, des splendides conquêtes qu'ils ont faite dans le domaine de l'inconnu. Il suffit de jeter un coup d'œil sur ce qu'étaient les sciences, il y a un siècle, de voir la place qu'elles tiennent aujourd'hui dans le monde, pour se rendre compte du chemin parcouru et, parmi ces branches diverses des connaissances humaines, l'hygiène est assurément une de celles qui ont le plus de titres à la reconnaissance des peuples.

Elle n'a pas accaparé l'attention au congrès de Rome, elle y a tenu bien modestement sa place. Les journaux ont parlé d'une communication de M. Babès et puis c'est tout. Peut-être les comptes rendus qui n'ont pas été encore publiés, nous apporteront-ils autre chose ; mais je ne le crois pas. Je m'attendais à mieux que cela de la part de nos confrères d'Italie. Ils se livrent, depuis quelques années, à l'étude de l'hygiène avec une extrême ardeur ; ils ont des laboratoires de bactériologie très bien montés et j'espérais qu'ils profiteraient de la circonstance pour faire apprécier leurs travaux. Mon attente a été trompée ; mais, du reste, cette stérilité s'est fait également remarquer dans toutes les autres sections. Le congrès de Rome n'a pas brillé d'un vif éclat scientifique. Espérons qu'il aura produit de meilleurs résultats au point de vue social.

— M. Dujardin-Beaumetz a donné lecture, au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, du rapport qu'il a rédigé au nom de la commission permanente des épidémies, sur la contamination des eaux de la Vanne.

La commission, comme nous l'annonçions il y a quinze jours, a continué son enquête ; mais elle n'a rien découvert de bien important. Il paraît certain toutefois qu'un premier cas de fièvre typhoïde a précédé ceux dont nous avons parlé (1). Une jeune fille est venue mourir dans ce même village de Rigny-le-Ferron, où l'épidémie semble avoir pris naissance et on n'a pas

(1) *Union médicale* du 30 avril 1894, n° 38, p. 451.

pris, paraît-il, à l'égard de ses déjections, les mêmes précautions que pour les autres. Elles auraient été, dit-on, jetées dans le *Ru de Tiremont*. Tout cela est contesté ; mais les médecins de la commission persistent à croire que c'est ce ruisseau qui a contaminé les eaux de la Vanne et que la communication a eu lieu au point où il croise l'aqueduc qui nous amène les eaux et où l'usine de Flacy y déverse les eaux des *sources basses*

Il est à craindre qu'on ne puisse pas arriver à une certitude à cet égard ; mais on ne peut pas livrer ainsi aux hasards d'une contamination accidentelle la principale source d'alimentatation en eaux potables d'une ville comme Paris. Il faut donc prendre des précautions pour l'avenir. On a pu, grâce à l'abondance des eaux, supprimer l'apport des drains dans l'aqueduc de la Vanne ; mais il en est résulté une perte de 40,000 mètres cubes par jour et, lorsque les chaleurs et la sécheresse vont venir, on ne pourrait pas renoncer à cette ressource, sans s'exposer à la nécessité de verser, comme autrefois, l'eau de la Seine dans la canalisation du service privé.

C'est la première fois, depuis que les eaux de la Vanne entrent dans Paris, qu'on signale un fait semblable ; mais il ne faut pas qu'il se renouvelle et, dans ce but, la commission permanente des épidémies a formulé le vœu que des informations promptes lui fussent adressées, toutes les fois qu'un cas de fièvre typhoïde se produira dans une localité voisine des sources captées.

Il serait à désirer qu'une mesure plus efficace put être prise et que ces sources fussent entourées d'un périmétre de protection comme les eaux thermales. Cela ne pourrait se faire qu'en vertu d'une loi et ce n'est pas à la légère qu'on peut soumettre un projet semblable aux pouvoirs publics. Aussi le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a-t-il voulu mettre d'abord la question à l'étude, et il a nommé une commission pour étudier les moyens de préserver, dans l'avenir, les sources qui alimentent Paris en eaux potables, de toutes les souillures qui pourraient en altérer la pureté.

— M. H. Moissan a lu, le 20 mars dernier, à l'Académie de médecine, une note intitulée : *Étude des eaux dites de Seltz et de quelques eaux minérales.* Il en a été fait mention dans le compte rendu de la séance de l'Académie (1) ; mais cette communication a trop d'importance pour que nous n'y revenions pas.

Dans les recherches auxquelles il s'est livré avec M. L. Grimbert, M. Moissan a reconnu que toutes les eaux minérales contiennent des bactéries, et fournissent des colonies en quantité très notables, lorsqu'on les verse dans des tubes à essai renfermant de la gélatine nutritive liquéfiée à une douce chaleur.

Le nombre des colonies ainsi développées a varié de quelques centaines à 183,000 par centimètre cube. Les eaux de tables en sont aussi chargées que les autres. Les expérimentateurs en ont trouvé 159,000 par centimètre cube dans un échantillon d'eau de Saint-Galmier, 107,500 dans l'eau d'Alet et 6,000 seulement dans l'eau de Seltz, ce que M. Moissan attribue à l'action nocive de l'acide carbonique sur les bactéries. Pourtant l'eau de Seltz artificielle en a présenté de 12,500 à 162,000 suivant les échantillons. Les eaux de Vichy en ont fourni de 18,500 à 64,500 suivant les sources.

(1) *Union médicale* du 22 mars, n° 34, p. 406.

Les auteurs n'ont trouvé le bacille d'Eberth dans aucune de ces eaux, mais ils ont rencontré, dans la plupart d'entre elles, le *bacillus coli communis* et le *bacillus pseudo-coli.*

Dans le cours de la discussion à laquelle a donné lieu cette communication importante, M. Cornil a rappelé que depuis longtemps, tout le monde savait que les eaux minérales en bouteilles renferment des quantités considérables de microbes. On n'en trouve pas aux griffons même des sources, comme l'a prouvé M. Pouchet ; mais il en tombe dans les eaux, pendant leur trajet à travers les galeries, elles se multiplient dans les vasques, augmentent encore pendant l'embouteillage qui se fait avec trop peu de soin et arrivent ainsi aux chiffres énormes que nous avons indiqués en commençant.

Ces révélations ont ému l'opinion publique ainsi qu'on devait s'y attendre. Les médecins ont inspiré aux gens du monde une terreur salutaire à l'endroit des microbes des eaux. Ce n'est pas sans une certaine inquiétude qu'on a appris, dans les familles, que les eaux de source elles-mêmes en renferment en quantité notable, lorsqu'elles ont parcouru un certain trajet dans leurs conduites et séjourné quelque temps dans leurs réservoirs, que la Vanne en contient de 120 à 150 par centimètre cube, et que la Dhuys en avait 2,015, dans le temps où elle mêlait à ses eaux celles du canal de Saint-Maur. Les personnes riches et timorées se rassuraient en buvant des eaux minérales ; mais voilà qu'elles apprennent tout à coup que la plupart de ces eaux contiennent plus de bactéries que les eaux de source et presque autant que les eaux de rivière.

On peut juger de l'impression produite sur le public par l'empressement que les compagnies propriétaires de sources thermales ont mis à lui apprendre qu'elles avaient installé, *à grand frais, des filtres Chamberland*, pour filtrer, *suivant la méthode de Pasteur*, le *totalité* de leur eau au moment de l'embouteillage. J'ai sous les yeux un avis de ce genre concernant une source que je ne veux pas nommer, pour ne pas lui faire une réclame. Le moyen ne me semble pas très pratique, au moins pour les stations qui expédient des bouteilles par milliers sur les divers points du territoire, et puis le filtre Chamberland lui-même, est suspect aux yeux des virtuoses de la bactériologie.

Il resterait bien la ressource de ne boire que de l'eau bouillie ; mais indépendamment de ce qu'elle est désagréable, elle a encore le temps de contracter des microbes pendant qu'on la fait refroidir, surtout quand on la fait bouillir la veille comme le recommande M. A. Gautier.

Il est à craindre que les gens du monde qui ont accepté jusqu'ici, avec reconnaissance, les conseils de l'hygiène en matière d'eaux potables, ne finissent par se fatiguer de suivre les évolutions de la bactériologie et qu'ils ne se disent que, du moment où toutes les eaux renferment des microbes et qu'on n'a pas de moyen certain pour s'en débarrasser, autant vaut ne plus en prendre de souci et boire la première eau venue, au petit bonheur.

Il importe donc d'éclairer et de rassurer l'opinion. Il importe de dire aux personnes étrangères à la médecine, qu'elles ont tort de se préoccuper, comme elles le font, de ce que les hommes de science se disent entre eux et surtout de vouloir en faire l'application immédiate à la conduite de leur vie.

Le monde nouveau que les découvertes de M. Pasteur ont ouvert aux méditations des savants est encore presque inexploré. Nous ne connaissons que très imparfaitement encore les propriétés des microbes et les conditions dans lesquelles ils sont nuisibles ; mais nous savons déjà que ceux qui sont inoffensifs l'emportent de beaucoup par le nombre sur ceux que peuvent produire des maladies. En ce qui concerne les eaux potables et les eaux minérales, le nombre des bactéries qu'elles renferment ne donne pas la mesure de leur nocivité.

Ce nombre, du reste, est si variable, qu'on remarque des différences considérables entre les analyses faites dans les différents laboratoires. L'écart entre celles que publie l'observatoire de Montsouris et celles qui sortent du laboratoire municipal est tel que le préfet de police et le préfet de la Seine se sont entendus pour réunir, dans une conférence mixte, les auteurs de ces analyses et les savants qui s'occupent de la question des eaux, afin qu'ils se mettent d'accord. La conférence a déjà tracé le programme de ses travaux ; il est si vaste qu'elle demande un an pour le réaliser.

Laissons les hommes de sciences poursuivre en paix la solution de cet intéressant problème; elle n'a pas un caractère d'urgence. Ce n'est pas le nombre, c'est la qualité des microbes qui importe. Les eaux n'en renferment pas quand elles sortent du sein de la terre. M. Pasteur l'a prouvé pour les eaux de source et M. Pouchet pour les eaux minérales. Si les germes des bactéries vulgaires tombent de l'atmosphère dans les eaux en liberté, les microbes pathogènes ne peuvent s'y introduire que si des liquides souillés viennent se mélanger avec elles. Dans leurs recherches, MM. Moissan et Grimbert n'ont trouvé ni le bacille d'Eberth, ni celui de Koch, ni la bactéridie charbonneuse. On ne les trouve pas davantage dans les eaux de source quand elles n'ont pas été contaminées dans leur trajet ; on peut donc user sans crainte des unes et des autres, et attendre pour s'abstenir des eaux de table et pour faire bouillir les eaux potables que les médecins en donnent le signal.

Quant aux eaux minérales proprement dites, à celles qui jouissent de propriétés thérapeutiques et sont de véritables médicaments, c'est aux médecins à les prescrire, et par conséquent ils en prennent la responsabilité.

Jules Rochard

CONGRÈS DE ROME

MÉDECINE

(Suite)

MM. Charrin et Bouchard ont cherché à établir la cause de l'innocuité de certains parasites, en étudiant l'oospora Guignardi qui se trouve dans l'air et pénètre dans les bronches sans y déterminer habituellement d'altérations. Inoculées en différents points du corps chez le cobaye, le lapin, le pigeon, les cultures de ce microorganisme ne déterminent pas d'accidents, à moins que la quantité injectée n'atteigne 10 à 14 cc. Dans ce cas, l'animal meurt après avoir présenté un peu de diarrhée. L'oospora est très sensible aux antiseptiques et, d'une façon générale, il est plus sensible à l'action des agents phy-

siques, à l'ozone, etc., que le bacille pyocyanogène. Le microorganisme vit sur les milieux sucrés, riches en hydrate de carbone, aussi se cultive-t-il surtout dans le foie. L'oospora se multiplie lentement et ne fabrique qu'au bout d'un long temps une quantité notable de toxines; elles sont hypothermisantes. En s'appuyant sur ces faits, on peut dire que si un certain nombre de microorganismes ne sont pas nuisibles pour l'homme tout en s'inoculant facilement sur lui, c'est que : 1° ils sont très sensibles à l'influence des agents physiques et chimiques; 2° l'organisme ne leur fournit qu'un mauvais milieu de culture; 3° ils ne sécrètent des toxines que très lentement.

— M. Bonoure a étudié la valeur pronostique et thérapeutique des produits du bacille de la *morve.* Le bacille donne des produits divers, selon le milieu et selon la virulence des cultures. Chez le chien et le chat, il se produit de l'amaigrissement rapide, un catarrhe oculaire et nasal, parfois de l'hypothermie avec des éruptions pustulentes, lorsqu'on leur inocule de petites doses de malléine à intervalles rapprochés. Chez le lapin malléinisé, le bacille de la morve se diffuse très facilement et très vite; de même la malléine provoque de nouvelles localisations chez les lapins et les chiens affectés de la morve expérimentale. M. Bonoure a injecté la molléine à 32 chevaux suspects de morve 24 ont réagi, 18 de ces derniers ont été abattus et chez 17 on trouva la morve, le 18e ne présentait aucune lésion permettant d'expliquer la réaction très forte qu'il avait offerte. Les autres chevaux n'ont jamais paru avoir de manifestations morveuses. On peut dire que tous les chevaux morveux réagissent à la malléine, mais tous ceux qui réagissent ne sont pas morveux. Dans la morve chronique chez l'homme, 1/20 ou 1/25 de cc. produisent une réaction fébrile avec polyurie et gonflement de la muqueuse infectée. La réaction commence six à sept heures après l'injection et dure de vingt à trente heures, elle est suivie d'un peu d'hypothermie. Les injections améliorent beaucoup les lésions morveuses. Pour M. Bonoure. le bacille de la morve s'atténue en traversant l'organisme du chat; il a pu guérir un cheval morveux en employant des injections de malléine préparée avec le sang et les organes du chat morveux. Les chiens atteints de morve expérimentale ont aussi été guéris.

Quelle est la toxicité du sérum sanguin et de l'urine dans la *pneumonie.* MM. L. Piccolini et A. Conti ont cherché à résoudre cette question et ont constaté que la toxicité du sang varie selon les cas sans que la gravité du cas considéré paraisse avoir de l'influence. Tantôt la toxicité est plus grande pendant la période d'acmé que pendant la convalescence, tantôt c'est le contraire que l'on observe. Le coefficient urotoxique est toujours plus élevé pendant l'acmé.

M. Carrien s'est occupé des effets que l'on peut obtenir par l'injection de lympoe de chien dans le *traitement de la tuberculose.* L'injection sous la peau de 1 cc. de lymphe de chien pure ou additionnée de moitié d'une solution de chlorure de sodium ne provoque aucun accident, M. Carrien s'en est assuré sur lui-même. La lymphe du chien recueillie soit dans le canal thoracique chez l'animal sacrifié par section du bulbe, soit au niveau de l'abouchement de ce canal dans la veine sous-clavière a un pouvoir phagocytique considérable. M. Carrien a pensé que, étant donné, comme l'a prouvé Metchnikoff, que la phagocytose joue un grand rôle dans la sclérose du tubercule, la lymphe du chien pourrait accélérer cette transformation curative. En effet, des lapins inoculés par des cultures pures du bacille de Koch et traités par la lymphe ont survécu plus longtemps que les animaux témoins.

— M. Gilbert (de Genève) a essayé l'effet de l'inj[illegible]-cutanée des exsudats de la *pleurésie tuberculeuse* sur cette pleurésie elle-même. On sait, en effet, depuis les recherches de Debove, que les exsudats des tuberculeux renferment la tuberculine de Koch. M. Gilbert fait avec une seringue de Pravaz une ponction aspiratrice dans la cavité

pleurale puis, sans sortir l'aiguille de la peau il injecte le contenu de la seringue dans le tissu cellulaire sous-cutané. 21 pleurétiques ont été traités par cette méthode ; chez tous la maladie datait de moins de 8 jours et chez la plupart on n'a fait que deux injections à 1 ou 10 jours d'intervalle. Deux fois l'injection n'a déterminé aucun phénomène; tous les autres malades ont présenté une réaction générale accompagnée de fièvre, la température pouvait atteindre 40°. L'épanchement diminua à partir du jour de l'injection et les symptômes s'atténuèrent peu à peu ; la résorption de l'exsudat était complète en 5 à 10 jours et la guérison parfaite a été obtenue en 15 jours, 3 semaines. Il n'y a pas de réaction locale.

— Il y a longtemps que MM. Gley et Charrin s'occupent de l'action physiologique des toxines. Ils sont venus apporter au Congrès de Rome les derniers résultats qu'ils ont obtenus. L'injection des toxines du bacille pyocyanique paralyse les centres vaso-dilatateurs et, à ce point de vue, les sujets vaccinés se comportent comme les non vaccinés. Ce fait permet d'affirmer que l'immunité ne réside pas dans une accoutumance des cellules de l'organisme aux toxines. Les principes toxiques volatils, en agissant sur les centres vaso-dilatateurs, gênent la diapédèse et par conséquent diminuent la résistance de l'organisme. Il est probable que de certains effets de l'encombrement dans les salles de malades dépendent de l'inhalation des toxines volatils par les poumons. Les toxines agissent sur la moelle, sur la fibre cardiaque, sur les vaisseaux, etc. On peut dire que la plupart des phénomènes qui se passent dans l'organisme sont influencés par les poisons bactériens.

— M. Abeloin semble être parvenu à éclaircir la physiologie des *capsules surrénales.* Il a constaté que lorsque l'on détruit les deux capsules, les animaux meurent par suite d'une intoxication par des substances curarisantes. La fatigue expérimentale (tétanos) entraîne une paralysie périphérique due à des substances du même genre qui se produisent pendant la contraction musculaire et le rôle des capsules surrénales serait de détruire ces poisons. Les symptômes (paralysie débutant par les membres postérieurs et se généralisant jusqu'à la mort) sont absolument les mêmes lorsqu'on injecte du sang, du sérum ou de l'extrait alcoolique de muscles d'animaux fatigués ou d'animaux ayant succombé à l'extirpation des capsules ou d'autres animaux venant de subir cette même extirpation. Les substances toxiques sont solubles dans l'alcool et réductrices ; on peut les rendre inoffensives en les oxydant par le permanganate de potasse.

— MM. S. Arloing et E. Chantre ont communiqué le résultat de leurs recherches sur l'*infection purulente chirurgicale.* Voici leurs conclusions :

1° L'infection purulente chirurgicale peut être produite par le streptocoque seul, pourvu qu'il ait révélé un état virulent particulier;

2° Sous des états virulents différents, le streptocoque produit des accidents variés ;

3° Plusieurs des espèces de streptocoques pathogènes reconnues par quelques auteurs ne sont que des variétés d'une même espèce ;

4° Le streptocoque de l'érysipèle, de l'infection purulente, de l'infection puerpérale sous ses diverses formes, n'est que la même espèce sous des virulences différentes ;

5° Les microcoques tendent vers la forme bacillaire qu'ils prennent dans des conditions encore mal déterminées soit dans l'organisme, soit hors de l'organisme ;

6° La virulence de la forme biliaire peut revêtir les mêmes changements que celle de la forme streptococcique ;

7° Il est probable que certains bacilles pyogènes ne sont que des streptocoques modifiés ;

8° Quand on trouvera des bacilles associés au streptocoque pyogène, il sera prudent de ne pas conclure nécessairement à une association microbienne. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril. — Présidence de M. Ferrand

Sclérose pulmonaire palustre

M. Laveran présente quelques remarques à propos de la communication que M. Galliard a faite dans la dernière séance au sujet d'un malade atteint de sclérose pleuro-pulmonaire unilatérale et de tuberculose. Ce malade, ancien militaire, avait eu la fièvre intermittente en Algérie.

M. Galliard, recherchant les causes de cette forme particulière de l'affection, a écarté le paludisme. Cependant la sclérose pulmonaire, d'origine palustre, n'est pas aussi rare que M. Galliard paraît le croire. Déjà en 1856, Heschl a publié une série de cas de pneumonie chronique chez des impaludiques. M. Laveran lui-même a présenté, en 1879, une note sur la sclérose pulmonaire d'origine palustre. Depuis ce moment, il en a observé plusieurs autres cas, dont quelques-uns sont rapportés dans son *Traité des fièvres palustres.* M. Laveran a observé la sclérose pulmonaire, tantôt à l'état pur, tantôt combinée avec la tuberculose; il a pu pratiquer quelques autopsies confirmatives.

La sclérose pulmonaire doit donc prendre rang parmi les accidents de l'impaludisme chronique, bien qu'elle soit assurément moins fréquente que la sclérose du foie ou du rein ; sa pathogénie est d'ailleurs la même.

M. Galliard a repoussé, en outre, l'idée d'impaludisme parce que, chez son malade, la rate n'était plus grosse. Mais les fièvres intermittentes peuvent guérir, la rate revenir à son volume normal, tandis que persistent les lésions du poumon, du foie, du rein, qu'elles ont engendrées.

Applications locales de gaïacol

M. Ferrand, à propos de la communication que M. Balzer a faite dans la dernière séance, sur l'action locale du gaïacol appliqué en badigeonnages dans les cas d'orchite, rappelle qu'il a fait à l'Hôtel-Dieu de très nombreuses applications de cette substance.

Il employait un mélange à parties égales de gaïacol et de glycérine. Il n'a jamais noté d'irritation inflammatoire de la peau. Il s'est servi du gaïacol dans les névralgies sciatiques et surtout dans les cas de douleurs intercostales violentes chez les phtisiques, douleurs qui relèvent plus souvent d'une névrite que d'une névralgie.

Toujours le résultat analgésique fut favorable, presque immédiat et remarquablement précis. Mais M. Ferrand n'a pas obtenu d'abaissement thermique; du moins les résultats à ce point de vue ont été des plus irréguliers, infidèles, parfois contradictoires, en somme, à peu près nuls.

L'analyse des urines démontrait que l'absorption se faisait, mais l'élimination était faible; c'est dire que l'absorption elle-même était également faible, en raison de la dilution du gaïacol dans un poids égal de glycérine, substance peu absorbable par la peau. L'action presque nulle sur la température s'explique, sans doute, de la même façon. D'où cette conclusion pratique: lorsqu'on cherchera les effets analgésiques du gaïacol, il y aura lieu de l'employer en solution dans la glycérine à parties égales. Si, au contraire, on veut obtenir une action antithermique, on se servira du gaïacol pur ou dans un véhicule capable d'être absorbé facilement par la peau, ou encore, à l'exemple de M. Linossier, en vapeurs, en faisant baigner dans ces vapeurs le membre affecté à l'absorption du médicament.

Myxœdème congénitale traité par l'ingestion de corps thyroïde de mouton

MM. Brissaud et Souques présentent une malade âgée de 37 ans atteinte de myxœdème congénital, chez laquelle ils ont employé récemment le traitement thyroïdien. Le traitement fut commencé le 19 février dernier: un lobe de corps thyroïde de mouton

tous les jours en deux fois dans du pain azyme. La malade pesait à ce moment 26 kilos. Son pouls était à 84 et sa température à 36°6.

Dès le deuxième jour du traitement, la température et le pouls se relevaient. Le cinquième jour, la malade éprouva quelques phénomènes d'intoxication thyroïdienne, céphalalgie, insomnie, coliques, douleurs dans les membres inférieurs, mais tout disparut en 48 heures, sans qu'on ait été obligé d'interrompre le traitement.

Les photographies de la malade montrent quelles modifications sont survenues dans son état La démyxœdémisation, appréciable dès les premiers jours du traitement, s'est accentuée rapidement ; les bourrelets des yeux, des joues, des mains, etc., ont complètement disparu ; la température est à 37°5, le pouls à 120 ; la diurèse a considérablement augmenté. Quant à l'état intellectuel, il est resté à peu près stationnaire. Les ongles ont repoussé, mais non les poils ; la dentition était complète avant le traitement.

Myopathie primitive progressive avec attitudes vicieuses extrêmes

MM. Brissaud et Souques présentent, en outre, un malade de 27 ans atteint de myopathie primitive remarquable par l'exagération des attitudes vicieuses et des déformations. L'affection a débuté il y a 10 ans.

M. Marie n'a jamais vu des déformations aussi extraordinaires ; il attire l'attention sur ce fait que le malade présente un applatissement de la partie occipitale du crâne. M. Marie a déjà noté plusieurs fois cet aplatissement chez les myopathiques.

Accidents urémiques au cours de la chlorose

M. Hanot rapporte une observation tout à fait analogue à celles publiées par M. Dieulafoy dans sa communication sur le chloro-brightisme faite à l'Académie de médecine en 1893.

Dans la chlorose, ajoute M. Hanot, le travail de la nutrition intime est troublé et accumule dans l'organisme des produits de désassimilation incomplètement oxydés, qui, éliminés par les reins, finissent parfois par produire une néphrite épithéliale. Leur action nocive est souvent facilitée par la coïncidence de l'aplasie rénale artérielle signalée par M. Lanceraux. Diverses conditions intercurrentes, surmenage, mauvaise hygiène, insuffisance hépatique, grossesse, etc., aggravent encore l'état rénal et provoquent l'urémie. Telle est, du moins, la théorie que l'on peut proposer pour expliquer ces faits curieux d'urémie passagère et curable au cours de la chlorose

M. Hayem. — Si la polyurie s'observe assez souvent, l'albuminurie est chose extrêmement rare dans la chlorose ; les rapports entre la chlorose et le brightisme ne semblent donc pas démontrés ; M. Hayem croit plutôt à une simple coïncidence.

Contraction réflexe des adducteurs de la cuisse par percussion du tendon rotulien opposé

M. Marie montre la façon dont se comporte le réflexe rotulien chez le jeune homme atteint de syringomyélie à forme pseudo-acromégalique qu'il a présenté dans la dernière séance.

Ce réflexe est exagéré à droite et aboli à gauche. Cette différence curieuse s'observe non seulement dans la syringomyélie, mais aussi dans le tabès et la paralysie générale. Si l'on frappe le tendon rotulien gauche, aucun mouvement d'extension ne se produit mais on voit un mouvement très net d'adduction de la cuisse par contraction des adducteurs. Donc :

1° Si le réflexe rotulien manque chez le malade, ce n'est pas par suite d'une altération des voies centripètes mais bien du centre moteur, quoique dans l'exercice de la marche

la jambe gauche fonctionne bien et qu'on ne remarque aucune atrophie du triceps fémoral.

2° Certains auteurs, notamment en Angleterre, soutiennent que les phénomènes nommés « réflexes tendineux » ne sont pas des réflexes, que la contraction musculaire qui les constitue est déterminée par une excitation directe, non réflexe des fibres musculaires, sous l'influence de l'ébranlement qui est communiqué à ces fibres par la percussion des tendons. Chez le malade de M. Marie, la nature réflexe de la contraction des adducteurs de la cuisse droite ne peut être niée.

3° Cette *contraction contra-latérale* des adducteurs de la cuisse se voit d'ailleurs chez un grand nombre de sujets sains, chez lesquels les réflexes rotuliens sont normaux.

Ce phénomène peut avoir en clinique une grande importance, puisqu'il permet de reconnaître dans certains cas si l'absence du réflexe rotulien est due ou non à l'altération des voies centripètes, et si on a affaire à une affection médullaire ou à une altération des nerfs périphériques. Ce signe est d'autant plus précieux que les caractères objectifs permettant de faire un pareil diagnostic manquent d'une façon à peu près complète.

REVUE DE LA PRESSE PROVINCIALE

Un cas de tumeur du lobe occipital avec hémianopsie. — M. A. Pic a communiqué à la Société médicale de Lyon, l'observation d'une jeune fille de 16 ans atteinte d'un gliome cérébral dont le siège exact fut diagnostiqué pendant la vie. Les principaux symptômes étaient une céphalée constante, des vomissements et des troubles de la vue avec œdème papillaire. Il existait une hémianopsie latérale gauche, conduisant à admettre une lésion en un point quelconque des centres percepteurs de la vision pour les moitiés droites des deux rétines, ou des conducteurs reliant les autres à ces portions des membranes visuelles. La lésion pouvait donc siéger en une infinité de points, depuis le chiasma jusqu'au lobe occipital du côté droit : bandelette optique, corps genouillé externe, tubercule quadrijumeau antérieur, radiation optique de Gratiolet, lobe occipital et en particulier cunéus. D'autre part, un foyer lumineux siégeait dans la moitié gauche du champ visuel de l'un ou l'autre œil n'était pas perçu, et, cependant, la pupille se contractait sous l'influence de cette lumière invisible. Cette observation permettait de localiser exactement la production morbide. On connaît ce que Wernicke a décrit sous le nom de réaction hémiopique : lorsqu'une hémianopsie est due à la lésion d'une des bandelettes, un foyer lumineux placé dans la partie invisible du champ visuel n'est pas vu, et en même temps ne provoque pas la réaction de la pupille à la lumière, par la simple raison que la continuité de l'os drostalique est interrompue. Les travaux de Mendel, Herschberg, Uhshoff ont, en effet, assigné au réflexe papillaire le trajet suivant : rétine, nerf optique, bandelette optique, ganglion, etc., lequel serait le centre de la réflexion. Ensuite les voies afférentes seraient constituées par la commissure postérieure, le noyau de Guiddon, le nerf oculo-moteur commun et l'iris. Pour que la réaction hémiopique de Wernicke se produise, il faut donc et il suffit que la lésion siège entre le chiasma et le tubercule quadrijumeau antérieur.

Si, au contraire, la lésion siège sur les conducteurs optiques, au delà du tubercule quadrijumeau antérieur, l'air reflexe n'est pas interrompu et l'hémianopsie ne s'accompagne que de la réaction de Wernicke. Cette réaction n'existait pas dans le cas de M. Pic, et on en conclut que la tumeur devait siéger soit au niveau des radiations optiques de Gratiolet, soit dans l'écorce elle-même, au niveau des cunéus du côté droit.

L'autopsie montra que la tumeur avait eu son origine primitive au niveau de la scissure collatérale et du cunéus.

Adénite rhumatismale. — Kuhn a le premier attiré l'attention sur la localisation de la diathèse rhumatismale sur les ganglions. Il a donné à cette adénopathie le nom de *Bubois rhumatismaux*, expression acceptée par Brivaud à propos d'un cas rapporté par lui dans la *Revue de médecine* et remarquable par l'association d'adénites multiples et de nodosités chez un sujet de 17 ans. Le docteur Collignon (de Maubert-Fontaine) a montré trois fois l'adénite rhumatismale.

En 1892, c'est chez un enfant de 8 ans, soigné pour un rhumatisme articulaire et musculaire aigu, qui cède au bout de 15 jours à la médication salicylée. En pleine convalescence, il est repris brusquement par la fièvre en même temps qu'il accuse une inflammation du genou gauche et de certains ganglions du cou, des aisselles et des aines. Ces divers accidents disparaissent en quelques jours grâce au salicylate de soude redonné à doses relativement élevées.

En 1893, M. Collignon fut appelé auprès d'un pharmacien qui s'était réveillé un matin avec de la fièvre et des douleurs siégeant au cou, dans les régions sus et sous-claviculaires gauches, ainsi qu'à la face dorsale de l'articulation du coude droit. Il était facile de constater dans ces régions l'existence d'adénites multiples. Tout rentra dans l'ordre après 4 à 5 jours d'un traitement composé uniquement de salicylate. En 1894, nouvelles poussées inflammatoires des mêmes ganglions accompagnées, cette fois, de légères souffrances localisées dans quelques articulations. Le salycilate de soude réussit de même que la première fois.

Œdème aigu rétro-pharyngé et pneumonie. — M. Barjon a communiqué à la Société des sciences médicales de Lyon, un cas intéressant d'œdème rétro-pharyngé à pneumocoques. Il s'agit, dans cette observation, d'un malade âgé de 36 ans, qui entre à l'hôpital avec une dyspnée laryngée intense avec aphasie et dysphagie, gonflement du cou, absence du craquement laryngé sur la colonne vertébrale, hyperthermie. Dès le lendemain, le malade va mieux et à l'examen laryngoscopique, on constate une infiltration de tout le larynx, surtout du côté droit (épiglotte, replis sytéro-épiglotiques, effacement de la fossette rétro-pharyngée) glotte couverte, quelques rales de bronchite des deux côtés, urines albumineuses.

M. Gorel, dans le service duquel est le malade, pense qu'une collection purulente rétro-laryngée a dû s'ouvrir pendant la nuit, ce qui le confirme dans cette idée, c'est qu'en dehors et en arrière de l'aryténoïde du côté droit, on voit un point blanchâtre qui paraît être le le point d'issue de la collection purulente.

En raison d'un cas semblable observé antérieurement, M. Gorel annonce la possibilité d'une pneumonie comme complication. En effet, dès le lendemain, le malade présente les signes d'une pneumonie double et plus tard un phlegmon de la paroi abdominale qui, comme la pneumonie, se termine par résolution.

PHARMACOLOGIE

Le proto-iodure de fer; sa préparation; ses indications; son emploi dans l'anémie, le lymphatisme, la scrofule, la syphilis, etc.

Par M. le docteur X. Delmis.

Le proto-iodure de fer occupe un des premiers rangs parmi les préparations ferrugineuses. Tous les auteurs reconnaissent son efficacité. MM. Dieulafoy (1), Luzet (2) le

(1) Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 127.
(2) Luzet. *La chlorose* (Bibl. Charcot-Debove), Paris 1892, p. 206.

citent comme le meilleur des anti-cholorotiques. Aussi il nous a semblé que ce médicament méritait une étude spéciale.

Le proto-iodure de fer est un protosel, c'est-à-dire que, pour un poids égal, il contient le maximum de substance active, qui, ici, est le fer. Il se présente en paillettes verdâtres solubles dans l'eau.

Sa préparation est très délicate. C'est d'elle que dépendent la pureté du sel et son inaltérabilité. Le mode vulgaire de préparation, celui qui est en usage dans les officines pharmaceutiques, est le suivant : on verse de l'iode sur de la limaille de fer plongée dans l'eau, on laisse le fer se dissoudre en partie, on filtre, on ajoute ensuite le sirop destiné à empêcher le mélange ainsi obtenu de s'altérer. Les pilules sont obtenues par un procédé aussi rudimentaire. Il nous a paru nécessaire de protester contre une telle manière de faire.

Il arrive de cette façon que les malades absorbent, au lieu du proto-iodure que le médecin ordonne, un mélange où l'on trouve, en outre, de l'iode en excès, des iodates dus à l'oxydation de l'iode pendant la longue réaction que ce procédé nécessite et des oxydes de fer plus ou moins indigestes et irritants. Aussi nous nous associons pleinement à ce que nous lisons dans Hayem : « Lorsque, dans certains cas, après avoir essayé nombre de préparations martiales, sans obtenir de résultats, on déclare, de guerre lasse, l'inutilité du fer, c'est qu'on a passé à côté de la bonne préparation, de sorte que le cas prétendu incurable par le fer peut être guéri, en quelques semaines, par un autre médecin faisant appel à une préparation ferrugineuse non encore utilisée (1). »

Cette difficulté d'obtenir le proto-iodure de fer à l'état pur et de le conserver inaltéré oblige à recourir à des modes spéciaux de préparation, et c'est surtout pour ce médicament qu'il est nécessaire de recourir à une spécialité. Pour notre part, nous nous sommes bien trouvés de suivre les indications des auteurs du *Dictionnaire Jaccaud* (2) qui recommandent le sirop et les dragées de proto-iodure de fer de Gille, qui constituent la plus ancienne et aussi la plus parfaite de ces préparations.

Le proto-iodure de fer agit à la fois par son fer et par son iode. Nous allons étudier successivement les indications qui résultent de la présence du fer et celles qui résultent de l'action de l'iode.

Par son fer, le proto-iodure constitue un remède actif contre toutes les causes d'affaiblissement et d'altération du sang. Contre la chlorose, qui est, pour ainsi dire, la maladie primitive du globule sanguin, il peut être considéré comme un remède vraiment spécifique. Contre les anémies secondaires, il a encore une action des plus bienfaisantes. C'est ainsi qu'on l'emploiera utilement contre l'anémie qui résulte des grandes hémorrhagies, contre celle qui suit les intoxications par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, ou le phosphore, contre celle qui est consécutive aux grandes maladies fébriles comme chez les convalescents de fièvre typhoïde, de pneumonie, de scarlatine, etc., contre l'anémie des cancéreux, contre l'anémie de l'infection paludéenne, et contre celle de la maladie syphilitique. Dans tous ces cas, il aidera puissamment à la reconstitution de globules nouveaux et, par suite, augmentera la richesse du sang.

L'iode de son côté trouve son indication dans des maladies diverses : le lymphatisme, la scrofule, la tuberculose ; les goîtres, simple ou exophtalmique ; enfin, il n'est pas moins indiqué que le fer, dans la syphilis, en sorte, que l'on a pu annoncer avec raison que l'iodure de fer était destiné à détruire l'iodure de potassium dans le traitement de

(1) Hayem. *Le sang*, p. 702.

(2) Barallier. *Dict. Jaccoud*, art. Iode, t. XIX, p. 382. — Hirtz. *Idem*, art. Fer, t. XV, p. 589.

la syphilis, puisque, au point de vue iode, il est aussi actif que lui, et puisqu'il y ajoute l'action du fer. Citons à ce point de vue l'opinion de Gubler : « L'iodure de fer a une grande utilité par l'action résolutive de l'iode ; on l'utilisera avec avantage chez les scrofuleux, les syphilitiques. »

En terminant, il n'est pas inutile de faire remarquer que le proto-iodure de fer échappe au reproche que l'on a fait si souvent aux autres préparations ferrugineuses de n'être pas digérées ni assimilées. Tandis que les autres ferrugineux colorent les selles en noir, et s'y retrouvent en partie, le proto-iodure de fer ne colore pas les selles et ne s'y retrouve pas. Les mémorables expériences de Claude-Bernard ont démontré qu'il imprégnait toute l'économie et se retrouvait dans la plupart des liquides physiologiques, sueur, salive, mucus broncho-pulmonaire, lait. Il ne provoque, en outre, lorsqu'il est préparé dans les conditions convenables que nous avons indiquées, aucun trouble digestif, et doit être préféré à tout autre ferrugineux.

COURRIER

— M. Marcel Couraud, externe du Dr Landrieux, à Lariboisière, est mort mercredi des suites d'une piqûre anatomique faite en pratiquant l'autopsie d'une femme morte d'une endocardite végétante avec pneumonie.

M. Couraud fut pris deux jours après d'angioleucite, avec infiltration de la paroi thoracique antérieure, puis d'une pneumonie du même côté. Il succomba en 5 jours avec hyperthermie excessive.

— Un infirmier de l'hôpital de la Pitié, âgé de 26 ans, qui était chargé de baigner les typhiques, a contracté la fièvre typhoïde à laquelle il vient de succomber. Il est mort présentant des accidents méningés.

— On lit dans le *Medical record* : une habitante de l'Ohio avait son mari atteint de phtisie s'accompagnant de fièvre intense.

Elle prit une cinquantaine d'œufs, les enveloppa dans de la ouate et les plaça contre le corps du patient incapable de remuer un membre, transformé ainsi en couveuse artificielle.

Au bout de 3 semaines, 46 petits poulets bien vivant naissaient dans le lit du pauvre phtisique.

La femme continua. Elle doubla le nombre d'œufs, et une nouvelle couvée de poussins vint récompenser ses efforts.

Un nouveau cent d'œufs fut glissé dans le lit; mais, cette fois, la fin était si prochaine que la chaleur manqua et que le mari eut la douleur de mourir avant de mener à terme sa troisième portée.

Nécrologie. — MM. les docteurs Abaut (de Langoiran), Buttera (de Cannes), Didelon (de Nancy), Géry (de Solliès-Pont), Grenet (de Paris), Joisson (de Mouron), Joly et Rogues, médecins-majors de première classe en retraite; Laguens (de Castillon), Lahaye (de Thiaucourt), Paniès (de Lauzerte), Sailly (de Paris).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital Laënnec. — Service de M. le docteur Nicaise

Suppléé par le docteur Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux.

Des abcès et des fistules du menton consécutives à la carie de racines dentaires

Leçon recueillie par M. Damaye, interne des hôpitaux.

J'ai pensé qu'il y avait un intérêt à vous parler d'une certaine variété de fistules dentaires ; l'occasion nous en est fournie par un malade qui est venu nous consulter il y a quelques jours, et qui porte au menton une de ces fistules. Voici le résumé de son observation, qui a été recueillie par M. Bolognesi, externe de service : Il s'agit d'un homme de 40 ans qui, depuis quatre ans, souffre d'une dent, la première petite molaire inférieure gauche. Il a eu d'abord toute une série de petits abcès qui se sont ouverts dans la cavité buccale ; il y a quelque temps, un abcès s'est ouvert cette fois à l'extérieur, dans la région du menton, laissant après lui un trajet fistuleux, Nous avons exploré ce trajet : lorsque nous y avons introduit un stylet, vous avez vu l'extrémité de celui-ci se diriger vers la partie latérale gauche et, à un certain moment, vous avez pu entendre le malade s'écrier : « Vous touchez ma dent. » Eh bien, messieurs, ce *cri dentaire* est caractéristique, il nous démontre que la fistule est en rapport avec l'altération de la racine de cette dent.

Le meilleur moyen de faire cesser ces accidents est d'enlever la dent malade, et nous avons prié M. Galippe de procéder à cette intervention. C'est ce qu'il a essayé de faire ; mais ses tentatives d'extraction ont été infructueuses ; il est probable que les poussées inflammatoires de périostite proliférante ont produit la soudure de la dent à l'alvéole et que ce sont ces circonstances locales qui rendent difficile à l'ablation.

Quoi qu'il en soit, cette observation nous montre une fois encore un fait bien connu, à savoir qu'un trajet fistuleux de la région maxillaire peut être en rapport avec une altération dentaire. Mais, ce sur quoi j'appelle surtout votre attention, ce sont les abcès consécutifs avec altération des dents incisives, alors que *ces dents paraissent absolument saines* (1).

En voici un exemple : Une petite fille de 12 ans m'a été amenée par le docteur Mouzon; elle avait eu, au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur, un abcès qui s'était ouvert et avait laissé à sa suite une fistule. Lorsque j'en explorai le trajet, je sentis l'extrémité du stylet buter contre une surface osseuse dénudée : je pensai alors que cette fillette avait un abcès

(1) Voir Société de chirurgie du 30 mars 1892.

symptomatique d'une lésion osseuse du maxillaire inférieur et, comme traitement, je croyais à la nécessité d'un grattage. Mais les parents de cette enfant l'ayant fait examiner par un dentiste, celui-ci rapporta les accidents observés à une lésion douteuse, proposa l'ablation de l'incisive et la fistule fut guérie en peu de temps.

M. le professeur Le Fort a eu l'obligeance de me communiquer un fait à peu près analogue. Il a observé une jeune fille qui portait au menton une fistule qui la défigurait et qui, pendant six à sept mois, avait résisté à tous les traitements : l'électrolyse, les cautérisations au thermo-cautère et le grattage n'avaient produit aucun résultat. Sur ces entrefaites, la famille ayant entendu parler d'un dentiste américain qui guérissait les choses de ce genre, alla le trouver malgré lés conseils de M. Le Fort: et, quelques semaines après, la jeune fille venait dire à M. Le Fort qu'elle était complètement guérie, et il avait suffi pour cela que le dentiste lui enlevât la dent correspondant au trajet fistuleux.

J'ai pu recueillir d'autres observations du même genre; M. le docteur Beurnier, ancien chef de clinique de M. Le Fort, m'en a communiqué deux, dont je vais vous donner un résumé :

Il s'agit, dans la première observation, d'une jeune fille de 19 ans, qui présentait depuis deux ans un orifice fistuleux siégeant au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur, un peu à gauche de la ligne médiane. Au début il y avait eu à ce niveau un petit abcès qui s'était ouvert spontanément, donnant issue à quelques grammes de pus, sans caractères particuliers.

Ce trajet fistuleux résista à tous les traitements locaux employés (pansement humide à l'alcool, injections de teinture d'iode dans le trajet fistuleux). Il semblait se fermer pendant quelques jours, mais bientôt les mêmes phénomènes se reproduisaient.

Lorsque, quelques mois après le début des accidents, M. Beurnier examina cette jeune fille, il constata que l'orifice fistuleux donnait passage à un stylet fin, pénétrant d'un centimètre environ sans provoquer de douleur.

Le système dentaire ne présentait rien de particulier ni à la vue, ni à la pression.

M. le docteur Beurnier, qui connaissait l'observation du professeur Le Fort, pensa qu'il s'agissait d'un cas semblable, malgré ces constatations négatives. En raison de la situation de l'orifice, il pensa que la carie radiculaire devait porter sur la seconde incisive inférieure gauche.

Il pratiqua avec une petite tréphine la trépanation directe au niveau de la racine de cette dent.

Une guérison rapide, et qui s'est depuis maintenue, suivit cette intervention.

La seconde observation que m'a communiquée le docteur Beurnier, est celle d'une jeune fille de 22 ans, qui entra à la Pitié pour une fistule datant de 8 mois, siégeant au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur, à 2 centimètres environ à droite, de la ligne médiane. Cet orifice, survenu spontanément après un abcès, laissait passer tous les jours 3 ou 4 gouttelettes de pus.

Le stylet très fin pénétrait dans le trajet fistuleux, sans provoquer ni douleur ni hémorrhagie, et venait buter contre l'os.

Il n'existait aucune altération appréciable du système dentaire.

Deux séances d'électrolyse restèrent infructueuses. La trépanation de la racine canine fut pratiquée, et un mois plus tard la malade était absolument guérie.

Ces faits méritent d'être connus des médecins, car ils ont une importance pratique considérable. Permettez-moi donc de revenir sur les signes cliniques de cette affection.

Toutes les observations semblent être calquées les unes sur les autres. Ce sont des malades jeunes qui portent une fistule dans la région du menton : l'orifice externe de cette fistule est situé tantôt au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur (c'est le cas des deux malades de M. Beurnier), tantôt un peu au-dessous et en arrière.

Donc, lorsque vous verrez une fistule en cet endroit, vous devrez penser à l'altération de la racine d'une dent incisive, et voici comment vous pourrez reconnaître et vous assurer qu'il en est réellement ainsi : en explorant le trajet fistuleux avec le stylet, vous pourrez mettre en jeu la sensibilité douloureuse de la racine de la dent malade, vous pourrez provoquer le *cri dentaire*. Et puis, une dent dont la racine est altérée, *perd sa transparence*, et c'est là un signe très caractéristique et facile à saisir si l'on examine la dent à l'aide de la lumière électrique ; non seulement elle est privée de sa transparence, mais elle a une teinte bleutée, noirâtre. De plus, cette dent est *légèrement exhaussée* et dépasse le niveau des autres. Enfin, lorsqu'on cherche à la mobiliser, on se rend compte qu'elle n'a plus la *fixité des dents* voisines et on a la sensation d'un ébranlement possible à imprimer à cette dent. Elle est aussi *plus sensible :* si, avec un petit marteau on percute sa couronne, on provoque cette sensibilité à la pression.

Voilà des phénomènes objectifs, des caractères qui ne sont pas classique, mais qui vous permettront, dans ces cas particuliers, de reconnaître l'altération de la racine dentaire.

Vous avez entendu M. Galippe me dire que, dans certains cas, les lésions de la racine étaient si peu accentuées, qu'il lui avait fallu le secours du microscope pour reconnaître les altérations des canalicules dentaires. Eh bien, dans ces cas encore, vous avez un moyen qour faire le diagnostic : c'est la ponction exploratrice, la trépanation exploratrice de la dent, qui consiste à perforer la partie postérieure de l'incisive ; par l'orifice ainsi produit, il sortira du pus ; s'il n'en sort pas, avec un fin stylet à extrémité irrégulière et rugueuse, vous ramènerez des débris de pulpe altérée, à odeur infecte.

Par conséquent, il ne vous est plus permis de méconnaître l'origine d'un trajet fistuleux du menton; vous saurez qu'il y a une incisive malade et vous chercherez quelle est cette incisive.

Il y a cependant encore bien des obscurités dans cette question : on peut se demander pourquoi une dent, d'apparence saine, peut se nécroser et s'altérer dans sa racine, quelle est cette lésion, pourquoi le trajet siège toujours à la partie antérieure?

Pour essayer de résoudre ces questions, il faut vous rappeler la constitution de la dent : vous savez qu'elle est formée de trois parties, la cou-

ronne, le collet et la racine. La substance fondamentale est l'ivoire, qui contient les canalicules dentaires, et qui, au niveau de la couronne, est recouvert d'un vernis protecteur de l'émail. La racine est enveloppée et protégée par le cément, qui se continue avec le périoste alvéolaire. Or, dans la racine, il y a un appareil nerveux et vasculaire, la pulpe dentaire, qui donne à la dent sa sensibilité et sert à sa nutrition.

Or, supposez qu'un choc atteigne une incisive, — et c'est là une cause très fréquente des accidents dont je viens de vous parler ; — il y a ébranlement de la pulpe, qui peut se trouver ainsi séparée de ses vaisseaux et nerfs, c'est-à-dire de ses éléments nourrissants et sensibles ; cette pulpe va se trouver alors dans un mauvais état de nutrition, qui amènera une altération de la racine.

Mais, direz-vous, cette pulpe n'est pas exposée à l'air, elle est protégée ; est-ce qu'on ne dit pas, par exemple, qu'une fracture fermée n'est pas grave, qu'un hématome fermé ne se complique pas? Autrefois, il eût été, en effet, difficile d'expliquer ces faits. Il y a trente ans, on croyait que la carie dentaire était d'origine inflammatoire, qu'elle était due à une ostéite ; il y a vingt ans, on disait que c'était le résultat de l'action chimique décalcifiante des liquides buccaux. Aujourd'hui, on sait qu'elle est le résultat d'une infection : ce sont les microbes qui, grâce à l'effraction produite par les agents chimiques, pénètrent à travers les canalicules de la dentine et vont infecter la pulpe. Si celle-ci, à la suite d'un ébranlement, souffre dans sa nutrition, ces microbes s'y développent à merveille et en provoquent la mortification, qui est le point de départ de l'altération radiculaire ; la racine, en effet, étant le point le plus faible de la dent, va s'altérer la première. Il y a ainsi une cause occasionnelle, le choc ; mais la cause efficiente est l'infection. Cette infection de la pulpe amène ensuite de la périostite alvéolo-dentaire, et voilà pourquoi la dent est mobile et semble allongée.

Maintenant, pourquoi les fistules, produites dans ces circonstances, sont-elles toujours cutanées et antérieures ?

C'est que les incisives sont longues ; le sommet de leur racine dépasse le sillon gingivo-labial ; si du pus s'accumule en ce point, il est tout naturel que la collection vienne s'ouvrir à la peau, plutôt que de remonter vers la cavité buccale.

En second lieu, pourquoi la fistule est-elle antérieure ? D'une façon générale, il n'y a pas de fistule dentaire qui s'ouvre du côté de la face interne du maxillaire ; la variété en question suit la loi générale. Mais ce n'est pas tout : regardez un maxillaire inférieur, vous verrez, sur la face antérieure, le relief formé par les alvéoles des incisives ; c'est une simple lame peu épaisse, c'est là, par conséquent, un point faible où le pus fera effraction, et voilà pourquoi la fistule se forme à la partie antérieure.

Mais pourquoi est-elle parfois située un peu en arrière ? On ne le sait pas ; on n'a pas encore eu entre les mains de pièces qui permettraient peut-être de résoudre cette question.

Le pronostic de l'affection qui nous occupe ne comporte aucune gravité ; une petite opération sur l'incisive malade mettra à l'abri des accidents. Mais le pronostic peut être grave pour le chirurgien qui méconnaît cette affection, et vous avez vu que je me suis attiré les foudres d'un dentiste, qui fut plus heureux que moi dans les indications qu'il posa pour un cas de ce genre.

Nous arrivons maintenant au traitement.

Trois méthodes ont été jusqu'ici proposées : le drainage, la greffe dentaire et la trépanation antérieure.

Le drainage est la méthode de choix ; il se pratique de la façon suivante : avec une vrille, on perfore l'incisive à sa partie postérieure et, par l'orifice ainsi produit, on introduit un stylet très fin ; du pus s'écoule. On fait alors l'antisepsie de la cavité infectée ; on se sert de très fins instruments pour aller gratter la pulpe, et de seringues appropriées pour faire des lavages avec des solutions antiseptiques.

Cette opération n'est pas pénible et elle met rapidement à l'abri des accidents ; c'est donc, comme nous l'avons dit, la méthode de choix.

Dans le procédé dit de la greffe dentaire, la greffe elle-même n'est qu'un temps de l'opération. Vous savez en quoi consiste la greffe dentaire : c'est une opération d'origine française, étudiée par les docteurs Magitot et David, et qui consiste à réimplanter tantôt la dent même qu'on vient d'enlever après lui avoir fait subir quelques modifications, tantôt une dent similaire qu'on vient d'enlever à une autre personne. Il ne s'agit ici que de la première variété ; on enlève la dent malade, on sectionne sa racine et on la réimplante dans son alvéole. Mais, où portera cette section ? Comment reconnaître le mort du vif ? Cela est assez facile : je vous ai dit que la dent avait perdu sa transparence ; il suffira de la mettre devant le jour pour voir la partie opaque ; de plus, des fongosités sont appendues au niveau de la racine, et souvent une sorte de bourrelet indique le point de réunion de la partie malade avec la partie saine. On résèque donc la portion malade et on réimplante la dent. Il n'y a pas d'exemple, dit-on, qu'une dent ainsi greffée n'ait pas repris : la dent reprenant immédiatement ses connexions, il y a réunion par première intention entre le cément et le tissu périostique alvéolaire.

Si on ne possède pas les instruments nécessaires pour faire le drainage, on fera la greffe dentaire.

Reste la trépanation ; c'est l'opération qu'a pratiquée M. Beurnier. Elle consiste à perforer la paroi alvéolaire et à abraser la partie inférieure de la dent ; c'est une résection de la racine faite sur place. Mais c'est là une opération compliquée : il faut décoller la gencive et faire une assez large brèche. On donnera donc la préférence aux manœuvres précédentes qui sont beaucoup plus simples.

CONGRÈS DE ROME

MEDECINE

(Suite)

V

M. Bozzolo a comparé les phénomènes nerveux qui se produisent au cours des *méningites infectieuses*. La méningite à pneumocoques a souvent ses symptômes nerveux réduits au minimum ce qui, parfois, conduit à la méconnaître. Au contraire, dans la méningite tuberculeuse, les symptômes peuvent être très bruyants, avec des lésions peu marquées. M. Bozzolo trouve la raison de ces différences dans l'action dissemblable des virus sur le système cérébral. La méningite pneumonique évolue cliniquement selon des modes différents ; on peut distinguer une forme subite, une forme délirante, une forme paralytique, une forme tétanique, une forme convulsive. On peut assurer le diagnostic

en faisant la ponction du sac arachnoïdien, ce qui permet l'examen bactériologique de l'exsudat.

— A la suite d'une lésion du *cervelet*, M, P. Bruno a observé une hémianopsie homonyme n'occupant que le quadrant supérieur droit de chaque champ visuel. La lésion cérébelleuse était un abcès localisé dans l'hémisphère gauche et atteignant légèremen l'écorce du vernis supérieur. Il y avait en même temps des troubles de la déambulation qui avaient précédé de 6 mois le début de l'hémianopsie. Probablement le cervelet et la rétine sont reliés l'un à l'autre.

— La pathogénie du *délire de la pneumonie* est très variable. Pour M. B. Robert il est loin de dépendre toujours de l'élévation de la température ainsi que le disait Liebermeister, car il peut manquer lorsque le thermomètre indique un chiffre élevé et, dans d'autres cas, il se montre pendant la convalescence. On ne peut pas non plus attribuer toujours le délire à l'existence de pneumocoques, de staphylocoques ou de streptocoques dans les méninges ou l'encéphale. Il est donc probable que les toxines jouent un grand rôle dans la production du délire. Lorsque ce dernier existe à la période d'hépatisation rouge, il relève d'une hypérémie méningo-encéphalique ; à la période d'hépatisation grise, il s'agit souvent d'infections secondaires ; enfin, au moment de la défervescence, c'est l'anémie cérébrale qui est la cause des accidents. La congestion passive doit souvent aussi intervenir. Si l'hypérémie est en cause, le malade est agité, l'insomnie absolue, le visage rouge et l'œil injecté ; le pouls est fort et rapide ; les antipyrétiques, la saignée sont indiqués. Les deux autres formes sont caractérisées soit par du délire tranquille alternant avec de la somnolence, soit par un délire raisonnant avec hallucinations ; les stimulants du cœur et de l'encéphale — l'alcool, l'opium répondent alors aux indications.

— Pour M. Cardarelli, les *névropathies des extrémités* ont souvent une origine central et dépendent alors d'une altération de la moëlle ; plus fréquemment encore elles relèvent du système sympathique Enfin il peut s'agir, dans certains cas, de troubles fonctionnels sans lésion matérielle. Les formes vaso-motrices et trophiques sont les plus graves de toutes, car elles donnent souvent naissance à des déformations permanentes.

— M. Luys a présenté au congrès des planches montrant certaines particularités de la structure du cerveau à l'état normal et dans la paralysie générale. La névroglie revêt dans l'écorce cérébrale, la forme de corpuscules discoïdes et elle constitue à la surface des circonvolutions une sorte d'épiderme sous-méningé. Cette névroglie joue le rôle d'un agent destructif des éléments nobles du cerveau dans la paralysie générale. Il se produit des tractus sclérosiques qui envahissent les parois des capillaires et amènent l'oblitération d'un certain nombre de ces vaisseaux. L'épiderme sous-méningé envahit pour ainsi dire le reste de l'écorce ; les cellules pyramidales de la substance grise sont détruites, écrasées, déformées et finissant par ne plus former qu'un magma informe.

— M. Sollier est venu apporter quelques faits nouveaux relatifs à la *nature de l'hystérie*. Il admet que l'insomnie des hystériques est due à ce que les malades sont dans un état de vagilambulisme plus ou moins profond. Plongés dans le sommeil hystérique, si on leur ordonne de se réveiller complètement, elles reviennent à un état antérieur remontant quelquefois à 3, 4 ans et plus en arrière. Or, en mettant les hystériques ainsi réveillées et ramenées à un état antérieur, dans un état d'hypnose profonde et en leur rappelant simplement, sans la moindre suggestion autre que de sentir leurs membres ou leurs différents viscères, leurs diverses sensibilités, on arrive à les ramener de plus en plus en arrière, jusqu'à ce qu'elles soient normales comme au début de leur maladie, âge auquel elles se trouvent ramenées. En leur rendant enfin la cénesthésie de la tête, le retour de la sensibilité des centres nerveux s'accompagne du retour parallèle

des souvenirs. L'hystérie est due toute entière à un affaiblissement des centres sensitivo-sensoriels, puisqu'il suffit de réveiller l'activité de ces centres pour voir disparaître tous les accidents hystériques. L'isolement et le traitement physiologique sont ce qu'il y a de mieux pour provoquer le réveil de la sensibilité et l'hypnotisme ne doit être employé qu'en dernier lieu.

— Le tabès est-il toujours d'origine syphilitique? Ce n'est pas l'avis de M. Borghe-rini. C'est à peine si 3 0/0 des malades sont des syphilitiques. Les habitations humides, les professions dans lesquelles on est souvent exposé à l'humidité ou au froid, les excès vénériens ou intellectuels jouent certainement un rôle étiologique important. Il est fréquent de trouver des névropathes dans les familles de tabétiques.

— M. Borel s'est occupé des *hystéro-traumatismes oculaires*. Pour lui, ils sont fréquemment méconnus. Ils peuvent revêtir des formes variées : erytropsie, astigmatisme spastique, diplopie monoculaire, mydriase, epiphora, etc. Ces accidents se montrent surtout dans les formes graves de l'hystérie, et on peut voir une hystérie générale de longue durée succéder à un traumatisme oculaire léger.

— Dans le traitement de l'épilepsie, M. Sanchez Herrero recommande d'associer le bromure et l'iodure de potassium. Il emploie une potion renfermant 50 grammes du premier et 5 grammes du second pour 500 grammes d'eau, et administre d'abord 20 cmc de cette solution avant le repas et augmente chaque jour la dose jusqu'à mettre le malade dans un état de somnolence et d'ébrité continus ; 30 cmc suffisent généralement pour obtenir ce résultat, mais quelquefois il faut aller jusqu'à 70. On continue ce traitement pendant six mois, puis on diminue progressivement la dose et on revient à la suggestion hypnotique pour compléter la guérison. 30 épileptiques ont été soignés de cette manière, 19 ont guéri parce qu'ils ont suivi le traitement d'une façon rigoureuse ; les autres, qui étaient moins stricts, ont cependant été bien améliorés.

— M. Dyce-Duckworth regarde la *chorée* comme étant une variété du rhumatisme, comme un rhumatisme cérébral. Ce serait une des nombreuses manifestations abarticulaires du rhumatisme. Il y a très probablement des lésions des couches corticales du cerveau. L'endocardite de la chorée et celle du rhumatisme sont exactement semblables. Le syndrôme choréique dépend, comme le rhumatisme, de l'action de certaines toxines sur l'organisme. Ce n'est que chez les enfants qui ont une tare rhumatismale héréditaire que la chorée se produit à la suite des émotions exagérées, du choc, etc.

— Dans un cas de *tumeur des tubercules quadrijumeaux* et de la partie supérieure des pédoncules, M. A. Marina observa une paralysie double de l'oculo-moteur, de l'ataxie et du tremblement, il n'y avait ni vomissements, ni maux de tête, ni phénomènes pupillaires, et le tremblement intentionnel, la parole scandée pouvaient faire croire à une sclérose en plaques, L'ophtalmoplégie externe chronique acquise ou congénitale peut dépendre d'une altération des vaisseaux qui forment la basilaire, aussi trouve-t-on souvent la coïncidence de cette forme d'ophtalmoplégie avec la paralysie faciale. Fréquemment, dans l'ataxie locomotrice, il y a à la fois une lésion des noyaux centraux et une lésion périphérique des nerfs. L'ophtalmoplégie externe unilatérale complète sans lésion des muscles indique une affection périphérique.

— MM. Fazio et C. Gioffredi ont rapporté un cas intéressant de *mutisme hystérique* guéri par l'éthérisation. La malade avait eu autrefois de l'anurie avec vomissements et présentait encore des convulsions, une diminution de la sensibilité d'un côté, des zônes hypéresthésiques, etc. La suggestion, l'électricité dirigées coute le mutisme avaient échoué. L'éthérisation suffit à faire parler la malade et le mutisme ne se reproduisit pas.

Dans un cas de *syringomyélie* typique, M. Souza-Martin a trouvé à l'autopsie une

cavité remplie d'un magma brunâtre occupant la région cervicale de la moelle. Les préparations faites avec cette substance montrent de la manière la plus nette des bacilles de Hansen. La lèpre peut donc être une des causes de la syringomyélie.

(A suivre.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

M. G. BERTRAND communique une observation d'

Hépatite suppurée

qu'il fait suivre de quelques réflexions sur la prétendue stérilité des abcès du foie. Le malade était porteur d'un abcès déjà ancien, vieux de huit mois au moins, d'un an et plus peut-être, dont la cause était probablement une dysentérie antérieure. Le pus renfermait quelques rares bactéries et nombre de microcoques, les uns libres, isolés, réunis en diplocoques ou en grappes maigres, les autres incorporés aux globules lymphatiques ou disposés en couronne sur la circonférence de ces éléments. Les cultures permirent d'isoler le staphylocoque pyogène avec ses trois variétés, le bacille d'Eberth, une bactérie en bâtonnets courts et mobiles, enfin le streptocoque. Ce pus aurait dû cependant être stérile, si les conclusions de certains auteurs répondaient à la réalité des faits. La virulence des microbes était très atténuée.

Pour M. Bertrand, il se peut que, dans mainte observation d'abcès hépatique stérile, cette stérilité du pus ait été plus apparente que réelle. Rien ne prouve que, quand les cultures sont demeurées réellement inféconides, le pus ait été primitivement stérile. Toutes les chances de vérité sont, au contratre, en faveur de cette explication, que les microbes qu'il contenait au début et qui ont amené sa formation, ont fini par y périr, tués par leurs propres sécrétions.

Etiologie de la fièvre typhoïde au Havre.

M. BROUARDEL écarte du débat tout ce qui est relatif à la diphtérie, à la phtisie, au choléra; il ne s'attache qu'à déterminer exactement les causes de la fièvre typhoïde au Havre, qui est une des villes de France les plus gravement atteintes par cette maladie. En effet, la mortalité par fièvre typhoïde supportée par le Havre de 1886 à 1891, représenterait pour Paris 21,500 décès, soit 3,600 par an. Du reste, la fièvre typhoïde du Havre n'est pas une simple question havraise, car la ville est un véritable foyer d'irradiations de la dothiénenthérie à longue distance; on peut dire que le Havre est le gros foyer de fièvre typhoïde du Nord.

La cause unique de l'état sanitaire du Havre, au point de vue épidémique, est, pour M. Gilbert, la souillure de son sol. Or, la comparaison entre le Perey et les quartiers riches, dont M. Gilbert tire son argument, donne un résultat inverse de celui qu'il annonce. En effet, dans les rues entièrement comprises dans le quartier du Perey, de 1880 à 1889, la moyenne des décès typhoïdiques p. 1,000 est de 9. Or le Havre, de 1880 à 1889, a eu 11,6 de moyenne. On voit que le quartier pauvre n'a pas été le plus frappé. Le quartier Nord est un des moins frappés et est cependant, par excellence, le quartier des bétoires et, en grande partie, le quartier riche. La partie la plus indemne de la côte, les cartes de M. Gilbert le prouvent, est le quartier des habitations luxueuses. Dans la rue de la côte, par exemple, qui est par excellence la rue des riches villas, la proportion des décès est de 3,9 p. 1,000, c'est un des chiffres les plus faibles au Havre. M. Gilbert a

dit que la bande de terrain comprise entre la côte et les bassins avait peu de fièvres typhoïdes, or la moyenne pour 1,000 habitants, de 1880 à 1889, est de 18,4 décès typhoïdiques, la moyenne générale du Havre étant de 11,6. En réalité, il n'est pas démontré, par les faits constatés au Havre, que la répartition de la fièvre typhoïde dans cette ville soit régie par l'état du sous-sol.

Pour M. Gibert les eaux de Saint-Laurent sont pures. En réalité, si MM. Brouardel et Thoinot n'y ont pas trouvé le bacille d'Eberth c'est que l'examen, comme cela arrive le plus souvent, a été fait lorsque l'épidémie était à peu près terminée. Du reste, pour établir la théorie hydrique dela propagation de la fièvre typhoïde, M. Brouardel ne s'est pas basé seulement sur la valeur d'un microbe sur lequel discutent encore les bactériologistes, mais il a établi que les groupes d'individus qui étaient atteints buvaient la même eau, qu'à côté d'eux se trouvaient des groupes peu ou peu atteints qui buvaient une autre eau. La valeur attribuée actuellement au bacille d'Eberth viendrait à se modifier que la théorie hydrique de la propagation de la fièvre typhoïde resterait intacte.

M. Brouardel expose le régime des eaux de la ville du Havre et montre que l'eau des sources de Catillon peut être contaminée par le fumier des champs environnants qui reçoivent des vidanges amenées de la ville. L'épandage des matières fécales se fait depuis 1886 sur le plateau d'où viennent les eaux de source. Les causes de souillure des eaux de Saint-Laurent existent aussi pour les autres eaux par suite de la multitude des bétoires que l'on trouve au Havre.

Le temps écoulé entre l'époque du déversement des tinettes et l'apparition des épidémies n'est pas trop long pour qu'il ne soit pas permis de relier l'épandage des matières au développement de la maladie car la durée de filtration du plateau à la nappe souterraine peut-être fixée à 6 ou 7 mois. La nature du sol (colonnes de craie fissurée alternant avec des couches d'argile à silex) permet le passage des bacilles de la surface du sol dans l'eau des sources.

M. Brouardel, pas plus pour le choléra que pour la fièvre typhoïde, ne songe pas à nier l'importance des contacts. Mais cet élément s'exerce surtout lorsque la famille vit dans un étroit espace dans une seule chambre. La contagion est peu à craindre là où le malade a une chambre spéciale, dans un grand appartement où les personnes indispensables pénètrent à peu près seules près de lui, lorsque le linge est mis à part, etc. C'est quand le malade est dans la chambre où est toute la famille que les propagations sont nombreuses. Mais la contagion est un facteur qui vient en second lieu. Il faut d'abord que le germe soit apporté, qu'il tombe dans un de ces appartements encombrés et il fructifie.

Le rôle de l'eau est mis en évidence pour ce qui s'est passé à Bruxelles, Dantzig, Francfort, Berlin. A Berlin la fièvre typhoïde a été très rare, tant que l'eau filtrée était pure, lorsque les filtres ont été dérangés la maladie y a sévi avec violence. On arrive à la même conclusion lorsqu'on étudie ce qui s'est passé à Rennes et à Angoulême ; la fièvre typhoïde y a presque disparu avec l'arrivée d'eaux pures sans qu'on y ait fait d'égout et le sous-sol restant ce qu'il était.

M. Brouardel n'est pas hostile à la construction des égouts et le comité consultatif d'hygiène publique de France a émis le vœu que le réseau d'égouts du Havre soit complété.

M. Brouardel propose comme conclusion au débat de demander au Ministre de l'intérieur de vouloir bien nommer une commission chargée d'indiquer les mesures à prendre pour assainir la ville du Havre.

M. Gibert s'associe à la proposition de M. Brouardel ; on verra ainsi avec quel soin

les médecins du Havre et le Bureau d'hygiène, ont poursuivi l'étude de l'assainissement de la ville et quel est le bien fondé de leur opinion sur les causes de la persistance de la fièvre typhoïde au Havre. Toute l'argumentation de M. Brouardel repose sur la réalité de la contamination des eaux de Saint-Laurent par l'épandage des matières au niveau des sources. M. Gibert ne croit pas cette contamination possible. Les eaux de Saint-Laurent viennent du plateau de Caux, dans une direction Nord-Est; elles sourdent à une profondeur telle que l'eau pluviale ne peut leur arriver de la surface du sol qu'après une filtration lente et complète. Si le terrain crétacé qui compose une partie de ce sol peut avoir des coupures, la couche arable qui le surmonte à une épaisseur suffisante et est compacte. La carte de M. Lapparent, qui fait autorité, montre que les eaux de Saint-Laurent peuvent être captées sans crainte.

D'ailleurs, dans les eaux des puits forés à leur voisinage, il n'y a pas de bacilles typhiques même après des pluies torrentielles. L'eau captée et dans les conduits à une pression considérable, comment des bacilles typhiques pourraient-ils s'y multiplier. Au surplus la courbe de la fièvre typhoïde montre qu'elle ne sévit pas avec la même intensité au Havre chaque année, tandis que si on admettait les théories de M. Brouardel, ses allures devraient être toujours les mêmes. A aucune époque on n'a trouvé le bacille typhique dans les eaux distribuées au Havre et on l'a toujours découvert dans le sol.

— Au cours de la séance, M. Malassez a été élu membre de l'Académie par 41 voix contre 33 à M. Voisin, 2 à M. Hanot et 1 à M. Vaillard.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

—

DYSPEPSIES

I. Dyspepsie chez un enfant au sein.

(Régurgitations, selles granuleuses, diarrhée ou constipation).

1° Habituer le nouveau-né à prendre le sein toutes les 2 heures (un seul sein chaque fois), et s'il rend par régurgitation le trop plein de son estomac ne le laisser téter que 5 ou 6 minutes.

(Au besoin la balance interviendra de temps en temps pour juger de la ration que prend le bébé.)

Plus tard le sein n'est donné que toutes les 3 heures. Bien régler et surveiller l'alimentation de la nourrice.

2° Si malgré cette double réglementation, l'enfant rend des caillots de lait, s'il y a des garde-robes grises ou vertes contenant des grumeaux caséeux:

a). Donner après les tétées une cuiller à café ou à dessert d'eau de Vals.

b). S'il s'il n'y a pas d'amélioration, cesser les alcalins et donner la potion suivante :

Acide chlorhydrique........................	1 goutte.
Sirop de fleur d'oranger..................	20 gr.
Eau distillée....................................	40 gr.

Une cuiller à café après chaque tétée. Enfin si l'enfant reste dyspeptique changer la nourrice.

3° Calmer les coliques avec des onctions d'huile de camomille camphrée chaude et une couche d'ouate ou un grand cataplasme arrosé de beaume tranquille.

II. Dyspepsie chez un enfant élevé artificiellement

(*Diarrhée ou constipation, vomissements.*)

1° Régler les repas de l'enfant, lui supprimer tout aliment solide, et lui donner exclusivement du lait d'ânesse ou du lait stérilisé à défaut de lait de femme.

2° S'il y a diarrhée, potion par cuillerée à café où à dessert, d'heure en heure:

Laudanum de Sydenham.............	une demi-goutte à une goutte (de 3 à 9 mois).
Salicylate de bismuth...........	1 à 2 gr.
Sous nitrate d°	2 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.........	30 gr.
Julep gommeux................	120 gr.

3° S'il y a constipation :

a). Calomel....................	0,10 centigr.
Sucre de lait..................	1 gr.

En 10 paquets.

Un toutes les heures jusqu'à effet ;

Ou bien :

Une pincée de magnésie anglaise dans un peu d'eau très sucrée.

Une cuiller a café du mélange;

Huile d'amandes douces, ââ.
Sirop de chicorée, ââ 30 gr.

4° S'il y a des coliques:

a). Avant chaque repas dans un peu d'eau, une goutte de la mixture, Teinture de Belladone, élixir parégorique, ââ 10 gr. (J. Simon.)

et onctions ou cataplasmes comme pour 1.

5° Contre les vomissements.

Potion de Rivière

et chercher une nourrice sans tarder.

III. Dyspepsie au moment du sevrage

1° Suspendre tous les aliments autres que le lait et revenir à l'allaitement par le lait de femme ou le lait stérilisé.

2° Donner comme pour II un alcalin ou un acide et combattre chaque symptôme.

(*A suivre.*) Dr E. Périer.

BIBLIOTHÈQUE

Réunir en un volume les formules magistrales, tant anciennes que nouvelles, mais en faisant un choix parmi ces dernières, et en n'admettant que celles dont l'expérience a confirmé l'utilité, tel est le problème heureusement résolu par le professeur G. Bouchardat, membre de l'Académie de médecine, dans la trentième édition du Formulaire magistral de A. Bouchardat, dont il continue la publication chez l'éditeur Félix Alcan. Le succès de ce *vade-mecun* du médecin et du pharmacien ne se ralentit pas. C'est que tous les praticiens familiarisés depuis longtemps avec son emploi savent qu'ils y trouvent tout ce qui leur est nécessaire pour l'application de la thérapeutique, à côté de nombreux et utiles renseignements sur l'art de formuler, l'emploi des eaux minérales, l'emploi des contre-poisons, les secours à donner aux asphyxiés et aux empoisonnés, l'hygiène thérapeutique, le régime dans les maladies et en particulier dans la glycosurie.

Cette édition contient plus de deux cents articles nouveaux, parmi lesquels nous citerons : les hypnotiques, le sulfonal, le trional, la chloralose, les dernières substances proposées comme antithermiques ou analgésiques, les succédanés du salol et de l'iodoforme, ainsi que les préparations des sels mercuriques à bases organiques plus facilement tolérées par l'estomac que les anciennes préparations. On y trouve également les formules adoptées par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris. Deux chapitres inédits sont consacrés à la préparation des pansements antiseptiques et aux injections sous-cutanées.

FORMULAIRE

SOLUTION POUR NETTOYER LA BOUCHE

(N. D. Miller)

Acide phénique	0 gr. 15
Acide benzoïque	3 grammes
Teinture d'eucalyptus	15 —
Bichlorure de mercure	0 gr. 80
Alcool	100 grammes
Essence de menthe poivrée	0 gr. 75

Menthol	2 parties
Café finement pulvérisé Sucre en poudre	ââ 10 parties

Pour empêcher le développement de la bronchite, on pourra prendre le soir deux pilules ainsi composées :

Extrait d'hyocyanure Poudre d'aconit	ââ 0 gr. 92
Calomel Poudre d'ipéca	ââ 0 gr. 05

pour deux pilules.

Le lendemain, prendre à jeun une solution de tartrate de soude dans une infusion de séné.

COURRIER

— Le concours pour deux places de médecins du Dispensaire général de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les docteur Laguaite et Robin.

SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS DES OUVRIERS EN INSTRUMENTS DE CHIRURGIE. — Nous venons d'examiner le compte rendu financier annuel de la Société de secours mutuels et de retraite des ouvriers en instruments de chirurgie, nous y voyons acquit des résultats étonnants par rapport à la faible cotisation demandée aux sociétaires, qui n'est en effet que de 1 fr. 50 par mois, plus 2 fr. par an pour les indemnités mortuaires qui sont de 100 francs par décès donné à la veuve ou aux ayants droit. Cette Société donne à ses membres participants 2 fr. 50 par journée de maladie pendant trois mois et 3 fr. par jour pendant les trois mois suivants, et ensuite une indemnité mensuelle, elle a pu donner l'année dernière 5,300 fr. pour ces divers services tout en augmentant son fond de retraite.

Ces résultats sont obtenus par sa bonne administration, mais aussi surtout par l'appui de ses membres honoraires recrutés parmi le corps médical.

DU LAVAGE DES LINGES. — Dans un hôpital militaire allemand on se sert, pour le lessivage du linge, du pétrole, employé couramment dans certaines régions de la Russie. On ajoute 15 gr. de pétrole à 15 litres d'eau contenant du savon et de la lessive et on fait bouillir le linge. Le nettoyage en est plus facile, le linge est moins détérioré, a une couleur plus blanche ; enfin les dépenses sont moindres, grâce à l'économie du savon. Encouragé par ces résultats, l'état-major général vient d'ordonner des expériences pareilles dans tous les hôpitaux militaires des régiments en Allemagne. (*Vratch*, nº 7, 1894; *Deut. milit. Zeit.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Cusco n'était pas membre de la Société de chirurgie, puisqu'aucune parole n'a été dite par le président à propos de sa mort. Au premier abord cette constatation étonne ; mais, en y réfléchissant, on ne se rappelle, en, effet, jamais son nom dans les discussions importantes de la savante compagnie.

Ceci dit, il faut mentionner dans la dernière séance une seule communication importante, faite par M. BOUILLY, qui veut attirer l'attention de ses collègues sur le complexus symptomatique particulier qu'entraînent *les prolapsus utérins* quand les *lésions des annexes* viennent s'y joindre.

M. Bouilly est un clinicien et c'est sur la symptomatologie même de cette affection complexe qu'il s'appesantit. Si, en effet, on examine avec soin les modalités du symptôme douleur, on est frappé de ce fait, c'est que la chute de la matrice seule détermine bien peu de souffrances ; il en est de même de certaines formes d'endométrite glandulaire, d'endométrite hémorrhagique dans lesquelles les lésions sont toutes muqueuses.

La douleur devient, au contraire, très fréquente dans les métrites du col consécutives à une déchirure cervicale étant souvent le point de départ d'une métrite parenchymateuse qui, du museau de tanche peut gagner le corps utérin. Dans ces cas, on a affaire à un organe augmenté de volume, épaissi et pris dans sa totalité. Mais les douleurs et les troubles fonctionnels sont portés à leur maximum quand ces lésions existent avec du prolapsus.

FEUILLETON

Pauvres raisons !

Je ne me souviens jamais sans plaisir d'une expédition électorale où je fus mêlé dans ma prime jeunesse. Il s'agissait, à la veille du scrutin, d'aller répandre à travers les campagnes une réponse à quelque manœuvre de la dernière heure. Un de mes bons amis d'enfance, très ardent partisan du candidat qu'il s'agissait de défendre, devait parcourir en voiture, la nuit, cinq ou six gros chefs-lieux de canton pour y déposer, ici chez le maire, là chez l'instituteur, plus loin chez le curé, des ballots de proclamations et d'affiches de toutes couleurs, où les mots « mensonge, calomnie, infamie » se détachaient en grosses lettres noires au milieu du texte. C'était à la fin de décembre, en plein hiver, par un de ces temps noirs, pluvieux et glacés dont on dit « qu'il tombe de la neige fondue ». Mon ami m'avait demandé de lui tenir compagnie pendant cette pénible excursion, et j'aurais cru commettre, en lui refusant, un crime de lèse-camaraderie, encore que les idées auxquelles il donnait cette preuve de dévouement ne fussent point les miennes. Nous étions partis vers minuit, enfouis dans de la paille jusqu'au

Dans ces cas, il y a trois éléments à considérer : d'abord la métrite parenchymateuse qui est cervicale ou totale, puis le prolapsus utérin et enfin l'affaiblissement du plancher périnéal et ces trois lésions s'entraînent l'une l'autre ; c'est en effet à la suite d'un accouchement laborieux qu'il se produit une déchirure du col, en même temps que le périnée éclate sur un point, l'infection se met alors de la partie et détermine la métrite, qui augmente petit à petit le poids de l'utérus en causant une dégénérescence inflammatoire de ses parties anatomiques.

Cette affection complexe s'accompagne nécessairement de symptômes auxquels M. Pozzi a donné le nom de *syndrome utérin*, qui se caractérise par de la douleur avec retentissement sur les organes digestifs. Bientôt se montre un état dyspeptique particulier, qui est bientôt accompagné de phénomènes nerveux généraux et on range les malades atteintes de ces différents symptômes, sous le nom de *neurasthéniques*. Et, en effet, les caractères présentés par ces femmes ont ceci de particulier, c'est qu'on ne constate jamais d'infection aiguë, de crise fébrile ; mais un état stationnaire qui les empêche de se tenir debout longtemps ou qui les force à se reposer dès qu'elles ont fait quelques pas. Elles sont par conséquent limitées dans leur vie de tous les jours et mènent une existence misérable.

Comment peut-on traiter ce complexus symptomatique ?

En s'adressant à une seule des lésions on manque toujours son but. M. Bouilly l'a vérifié maintes et maintes fois; il faut donc combattre la métrite, la déchirure ou l'hypertrophie du col et en même temps réparer le périnée. Toutes ces interventions doivent être pratiquées dans la même séance. La muqueuse utérine doit être curettée, le col sectionné et la colpopérinéorraphie pratiquée. C'est ce que M. Bouilly appelle « faire le complet ». On fera bien, en même temps, pour s'opposer à la ptose des organes abdominaux, de faire porter à la malade une ceinture système Glénard, et par cette thérapeutique complexe on verra immédiatement disparaître et la douleur et l'état dyspeptique et les difficultés à la marche. C'est ce que l'orateur a constaté dans 17 cas de sa pratique en ville. A l'hôpital, en effet,

---

ventre, emportant, outre nos paquets de feuilles d'imprimerie, les éléments d'un souper solide sinon délicat.

La course allait être longue et j'avais dû demander à mon chef de service l'autorisation d'être absent de l'hôpital le lendemain. Je ne sais comment il apprit le motif de cette absence. Peut-être le lui avais-je tout naïvement raconté à mon retour. Toujours est-il qu'il fut très mécontent. Ses idées politiques étaient aux antipodes de celles que j'avais bien indirectement contribué à défendre et il ne me pardonnait pas de lui avoir en quelque sorte subtilisé la permission de leur apporter ce concours si éloigné et si innocent. Ses reproches, tout amicaux d'ailleurs, n'allaient pas sans être entremêlée de l'exposé de ses propres théories. — « Je regrette, faisait-il, je regrette bien vivement de ne pas connaître assez votre candidat, pour lui dire toute ma façon de penser. Je lui dirais ceci, et encore cela, et encore cette autre chose... » Bref, il lui aurait dit des choses si dures que cela me parut être très heureux qu'il ne le connût point.

Ce vieux souvenir me revenait à l'esprit l'autre jour, comme je lisais le discours prononcé par le docteur Le Reboullet à l'Association générale des médecins de France et, au passage où il déplore l'inanité des tentatives faites au ministère de la guerre en faveur des étudiants en médecine, je souriais en songeant combien j'aurais désiré, à

les malades ne sont pas suivies assez longtemps pour permettre de compléter les observations.

M. Championnière est de l'avis de M. Bouilly ainsi que M. Pozzi, qui estime que l'opération curatrice, le traitement principal est le curettage de l'utérus et l'amputation du col ; la colpopérinécrraphie n'ayant qu'un but. celui de fermer le vagin, et par conséquent de s'opposer à une nouvelle infection.

Mentionnons encore un rapport de M. Delorme sur un cas d'*hématuries* dues à la *bilharzia hematoba*. C'est M. Caillet qui a adressé cette observation à la Société. Il s'agissait d'un homme qui pissait du sang depuis dix ans et dans les urines duquel l'examen microscopique permit de découvrir des œufs et des embryons de bilharzia hematoba.

Cette affection, autrefois confinée en Egypte, a été reconnue au Cap, au Soudan, et peut se rencontrer en Tunisie comme le prouve le cas de M. Caillet, qui émet l'hypothèse que même elle peut se rencontrer en France, et qu'il faudrait la rechercher dans notre pays.

Cette maladie rentre, du reste, un peu dans le cadre médical, ainsi que le prouve le traitement qui consista à donner, sans grand succès, paraît-il, de l'extrait éthéré de fougère mâle.

La séance se termine par la présentation de malades. M. Monod a fait des greffes de Thiersch sur une grande perte de substance du creux poplité et le résultat en est excellent. MM. Reclus et Championnière lui font remarquer qu'il en est ainsi au début, mais que les ulcérations ne tardent pas dans certains cas à se reproduire.

M. Chaput présente un malade auquel il a extirpé un anévrisme du creux poplité après insuccès par la ligature aseptique.

Eugène Rochard.

---

l'exemple de mon vieux maître, être assez l'ami du ministre pour lui dire sans détours mon opinion au sujet de l'acharnement qu'on met à défendre une mauvaise cause. Je suis sûr, si ce plaisir pouvait m'être donné, que je ne serais point assez mal poli pour employer le mot de « mauvaise foi » ni même pour y songer, mais je serais trop franc pour me contenter de celui d' « erreur » et la seule concession que ma loyauté pût faire à ma courtoisie, ne dépasserait certainement pas le terme de « parti pris ».

On s'est beaucoup agité, on a plus écrit et parlé davantage encore, à propos de cette question si simple, si claire, si nette du service militaire des étudiants. Nous en avons proposé, nous médecins, la solution la plus simple, la plus logique et en même temps la plus utile au double point de vue de l'intérêt de la science et de celui de l'armée. On s'est obstiné, jusqu'à présent, à repousser cette solution par des raisons véritablement étonnantes. Les trois principales qui aient été développées, celles qui ont surnagé sur un océan de motifs secondaires et qui seules ont été répétées par les milles voix de la presse, permettent de juger en bloc la valeur des autres.

On s'est fait d'abord un grand cheval de bataille de cette pétition de principe qui consiste à affirmer l'indiscipline habituelle des médecins. J'ai dit autrefois, à cette même place du journal, tout ce qu'avait de peu généreux ce reproche adressé à des hommes

CONGRÈS DE ROME

MEDECINE

(*Suite*)

VI

M. Comby s'est occupé des *Rapports entre le rachitisme et les accidents convulsifs chez les enfants.* La coïncidence du rachitisme avec les accidents convulsifs de l'enfance (éclampsie, spasme de la glotte, tétanie, spasme irritant) a été relevée par les médecins. Mais il ne faut pas exagérer la fréquence des convulsions chez les rachitiques.

M. Comby a observé en dix ans, dans un dispensaire de Paris, plus de 1,600 rachitiques, et il ne croit pas qu'un dixième de ces petits malades ait eu des convulsions ; en disant que sur 100 rachitiques, pris en bloc, 10 auront ou ont eu des manifestations convulsives, on fait la part la plus large qu'on puisse faire au rachitisme dans la genèse des convulsions.

Les convulsions internes ou spasme de la glotte ont été plus particulièrement subordonnées au rachitisme ; pour Henoch, de Berlin, les deux tiers des enfants atteints de spasme glottique sont rachitiques. En France, on observe rarement cette espèce morbide, que Kasowithez, de Vienne, trouve si fréquemment en Autriche. La dentition, invoquée trop souvent, a un rôle pathogénique bien effacé pour ne pas dire nul. M. Comby déclare formellement, pour sa part, n'avoir jamais eu occasion de faire la moindre scarification gingivale, sur plus de 70,000 consultations infantiles.

Même dans les cas où la dentition est retardée ou pervertie par le rachitisme, elle est impuissante à éveiller le phrénogotltisme.

Il n'y a pas de cause à effet, directe ou indirecte, entre le rachitisme et le laryngospasme

Le rachitisme est très commun, le spasme de la glotte très rare, du moins à Paris.

Comment d'ailleurs agirait le rachitisme pour produire le spasme glottique? Ce n'est pas par le trouble apporté à l'évolution dentaire. Serait-ce par la décalcification des os du crâne par l'occiput mou, par le craniotabes d'Elsæsser.

Le ramollissement des os postérieurs du crâne est une lésion banale que M. Comby a

---

dont le mérite et le dévouement ne sont inconnus de personne, qu'on n'a jamais vus au dessous de leur tâche, quelque lourde, délicate ou périlleuse que les circonstances aient pu la faire et qui sont les toujours admirables compagnons de gloire, de fatigues ou de dangers de ceux qui leur jettent trop légèrement ce blâme. Mais ce manque de générosité ne serait rien si l'accusation était fondée. Or, la preuve en eût été difficile à faire et voilà pourquoi on s'est borné à des affirmations gratuites. Est-ce un an de caserne, d'ailleurs, qui corrigerait ce défaut s'il était le nôtre? Le fait d'être contraint à subir, sans se plaindre, les brutalités d'un sous-officier, ne paraît point de nature à fortifier le respect de la discipline et de la hiérarchie chez ceux qui ont ce sentiment inné, encore moins à le faire naître et à le développer chez ceux qui l'ignorent. — « Eh! dites donc, vous, l'homme instruit, espèce de c... » — c'est en ces termes toujours galants, quel que soit le nombre de lettres dont on fasse suivre l'initiale, que le fils d'un de mes amis fut habituellement interpellé par le sergent de sa compagnie pendant l'année de service qu'il vient de faire, après son premier examen de doctorat. J'aimerais vraiment à demander à un ministre qui serait assez de mes intimes pour me répondre en toute sincérité s'il croit que ce garçon a dû puiser, dans ces aménités constantes, un violent amour de ce métier, une vive estime de ce supérieur ?

rencontrée des centaines de fois, à des degrés divers, souvent très accusés chez des enfants de toute catégorie (forts ou faibles, gras ou maigres, bien ou mal allaités) ordinairement dans les premiers mois de la vie, avant toute déformation rachitique du squelette.

On peut exercer des pressions assez fortes sur les os ramollis sans provoquer le moindre désordre nerveux et, malgré les apparences de certains cas extrêmes, les fonctions du cerveau ne sont jamais compromises par le craniotabes.

Le craniotabes, quand on veut bien le chercher, se rencontre avec une fréquence étonnante ; le spasme de la glotte, au contraire, presque jamais,

Sur 50 observations récentes de craniotabes, une seule fois, M. Comby a noté le spasme glottique, qui pouvait d'ailleurs s'expliquer par l'alimentation (biberon) l'enfant ne souffrant en rien de sa lésion crânienne découverte par hasard.

M. Comby a vu le spasme de la glotte chez quelques enfants rachitiques qui n'avaient pas de crâniotabes.

Le spasme de la glotte manque chez la plupart des enfants atteints de craniotabes; il se rencontre quelquefois chez des enfants qui n'ont pas de crâniotabes. Conclusion : le craniotabes n'est pas la cause du spasme de la glotte. Comme, d'autre part, le spasme de la glotte s'observe chez des enfants qui n'ont pas plus de rachitisme que de craniotabes, on peut conclure que le rachitisme, qu'il soit isolé ou accompagné de crâniotabes n'est pas la cause du spasme glottique.

Cependant il y a un lien entre ces deux états morbides.

Ce lien, on le trouve dans les troubles digestifs si fréquemment observés à l'origine du rachitisme, chez les enfants allaités artificiellement, mal nourris, sevrés trop tôt, etc.

Convulsions, rachitisme se rencontrent chez ces enfants avec une fréquence incomparablement plus grande que chez les enfants élevés dans des conditions hygiéniques opposées.

L'anglais Steid avait parfaitement saisi cette relation étiologique en intitulant son travail : « Du laryngisme infantile avec des remarques sur l'allaitement artificiel, envisagé comme une cause fréquente de cette maladie et des autres affections convulsives chez les enfants.

Ce que nous nommons indiscipline, dirais-je encore au ministre, n'est, en réalité, — laissez-moi croire que vous le comprenez — qu'une certaine indépendance, moins que cela, une certaine fermeté de caractère, résultant pour une part de la nature même de nos études, et, plus encore, de la haute et droite compréhension de notre rôle, de notre mission au milieu de l'armée, dont nous avons à sauvegarder, fût-ce au prix de quelques résistances toujours respectueuses, le bien-être et la santé, dans l'intérêt de l'armée elle-même et du pays. Des médecins militaires qui cesseraient d'être ce que vous regrettez qu'ils soient ne seraient plus dignes de ce titre. Pas plus que des magistrats, ils ne s'honoreraient en acceptant de rendre des services.

L'argument de l'indiscipline, du moins, peut presque être discuté, mais que dire de l'argument « des séminaristes » ? De celui-là, je me demande si j'oserais parler au ministre qui serai mon très grand ami, tant je craindrais que mon rire ne dépassât les bornes de ce qui peut se supporter même entre gens qui s'aiment beaucoup.

Le *risum teneatis* d'Horace est de mise ici, en effet, non moins que devant le grotesque tableau d'une tête de cheval surmontant un buste de femme au plumage varié qui s'achève en la queue d'un affreux poisson.

Ainsi le service militaire des abbés n'est justifiable que par celui des étudiants en

La dyspepsie (dilatation de l'estomac, diarrhée, constipation, etc.), avec les auto-intoxications dont elle est la source, explique tous les désordres nerveux, comme elle explique en grande partie le rachitisme.

— Pour M. Chaumier, le rachitisme pourrait bien être de nature infectieuse. Très souvent le rachitisme est héréditaire, dans les crèches il y en a un grand nombre. Fréquemment, la plupart des enfants d'une famille sont tous atteints et, si l'un d'eux échappe, c'est qu'il a été élevé séparément. Des médecins italiens ont vu que, dans certaines maisons, les enfants de toutes les familles qui y habitaient devenaient rachitiques ; dans d'autres habitations, les mêmes familles avaient des enfants sains. Cela tient à ce qu'il y a des germes infectieux conservés dans les habitations ; pour certains médecins, les produits microbiens venant des voies digestives pourraient causer à la fois et la lésion des os et des phénomènes nerveux, tels que le spasme de la glotte et les convulsions. En réalité, ces accidents nerveux ne sont pas liés au rachitisme. Ce qui a fait croire qu'il en était ainsi, c'est que l'on a confondu le thorax des rachitiques avec celui des enfants porteurs de tumeurs adénoïdes du pharynx. Chez ces derniers, les accidents nerveux sont fréquents. M. Mireali a dit que le microbe du rachitisme était le staphylocoque doré. M. Chaumier pense qu'il s'agit d'un microbe spécial.

Le rachitisme existe chez les animaux, spécialement chez les jeunes porcs et les lésions histologiques sont les mêmes que dans l'organisme humain. Il y a chez les porcelets de véritables épidémies de rachitisme. On a observé une épidémie humaine il y a deux siècles en Angleterre, et Glisson s'était déjà demandé à ce moment si le rachitisme était contagieux.

En résumé pour M. Chaumier : le rachitisme est une maladie spécifique produite par un microbe inconnu.

Elle est contagieuse, endémique, épidémique. Cette maladie est épidémique chez les jeunes porcs, et donne chez eux des lésions histologiques identiques à celles observées chez l'enfant.

Les germes de la maladie semblent se conserver dans les habitations. C'est très probablement cette conservation des germes qui explique les cas dits héréditaires.

— M. Cornélie Chernbach a injecté à des lapins de l'urine de convulsivants. Il s'est produit des convulsions cloniques et toniques plus marquées qu'avec l'urine normale.

---

médecine! Quelle imprudence, mon cher ministre, de laisser échapper de pareilles choses ! Ah ! combien j'aimerais à vous entendre me raconter les regards qu'ont dû vous lancer vos collègues quand vous leur avez appris par quelle victorieuse raison vous veniez de combattre devant quelque commission les projets soutenus en notre faveur, et comme nous ririons doucement sous le manteau de la peur que vous avez dû leur causer. Si j'avais eu l'honneur et le plaisir de vous entretenir avant cette étourderie, je me figure que j'eusse essayé de vous en détourner. Et, cependant, toute réflexion faite, vous avez peut-être eu raison de la commettre parce qu'elle est de nature à simplifier, plus tard, bien des choses, à être d'un grand secours à quelque autre membre d'un cabinet. Non, je vous assure que je ne plaisante pas. Supposez, par exemple, qu'un beau jour un projet analogue à celui qui nous concerne soit déposé au bénéfice des séminaristes. Si vous n'aviez point laissé échapper votre argument *di primo cartello*, le ministre en cause aurait pu être embarrassé, tandis que désormais il lui suffira d'intervertir l'ordre des deux termes « séminariste » et « étudiant », sans rien changer d'autre à votre discours et on sera sans réplique lorsqu'il dira : « Nous considérons comme une inaliénable conquête de l'esprit nouveau que tous les médecins soient astreints à porter le sac. Or, comment voulez-vous que nous continuions à l'exiger d'eux, le jour où nous

Lorsque des épileptiques sont traités par le bromure leur urine donne des convulsions beaucoup moins fortes. On peut se demander si le bromure diminue la production des toxines, s'il favorise leur élimination en augmentant la diurèse ou enfin si, en s'éliminant par l'urine, il contrebalance leur effet. Les urines des adultes convulsivants sont moins toxiques que celles des enfants. Les convulsions infantiles s'observent très souvent dans les maladies infectieuses et ne sont pas liées à la présence de l'albumine dans l'urine.

— M. TINERWAL a traité une petite fille de 4 ans atteinte de *myxœdème* avec idiotie, par les injections de suc de corps thyroïde. Au bout de trois semaines l'amélioration était notable et l'état psychique très amélioré. L'enfant fut atteinte d'érysipèle et mourut. A l'autopsie, on constata que le corps thyroïde était absent, le cerveau était bien développé. Il y avait une véritable lipomatose du tégument externe.

— La *syphilis héréditaire* peut entraîner une forme de surdité qui a été étudiée par M. GRADENIZO et qui revêt les caractères de l'otite moyenne chronique ; le labyrinthe est, du reste, rapidement atteint. Cette forme atténuée de surdité est bien différente de la surdité bilatérale complète beaucoup plus commune. Souvent elle ne s'accompagne que de signes de syphilis très peu accentués et le diagnostic ne peut alors être établi que par l'étude des antécédents. Souvent, outre l'hérédité de la syphilis, on constate celle des maladies de l'oreille. Cette forme de surdité peut se produire assez tard ; elle succède à des lésions du rhinopharynx et du nez.

VII

M. FRÉMONT est venu communiquer quelques-uns des résultats qu'il a obtenus dans ses recherches sur la *nutrition des diabétiques*. Il admet qu'il y a exagération de la désassimilation et des oxydations. On constate une augmentation de l'acidité de l'urine, un accroissement notable dans la quantité des chlorures, de l'urée, de l'acide phosphorique. Pour M. Frémont, on doit se guider, dans le traitement du diabète, sur l'état des oxydations.

M. DOMINICI admet que le *diabète expérimental* est la conséquence de la cessation de l'arrivée de la sécrétion du pancréas dans l'intestin. On peut le provoquer par la ligature du canal de Wirsung comme par l'extirpation totale de la glande. La greffe sous-cutanée d'un fragment du pancréas n'empêche pas le diabète de succéder à l'extirpa-

---

en aurions exempté les abbés ? » Décidément, les fautes mêmes des hommes de génie sont encore d'heureuses fautes.

Je me demande maintenant si, pour moi comme pour mon ancien chef de service, il n'est pas heureux que je n'aie pas connu le ministre, car j'aurais joué là, avec lui, un jeu à nous brouiller pour la vie. A supposer qu'il m'eût écouté patiemment jusque-là, il se fût bien certainement fâché de ce qu'il me serait resté à lui faire entendre à propos de son troisième et dernier gros argument, celui des « effectifs ». Non seulement la discussion perd ici ses droit, mais la plaisanterie elle-même se fige au bout de la plume

Ainsi, vous ne pouvez absolument pas vous passer de cette goutte d'eau dans un océan, quelques milliers de soldats sur une armée de quelques millions d'hommes, et, en revanche, vous ne tenez aucun compte de l'appoint si important que fourniraient au service médical de l'armée numériquement insuffisant, tous ces jeunes gens sortis frais émoulus de leurs études, dans tout l'entrain, dans toute l'activité et dans toute la force de l'âge, fiers des fonctions qui leur seraient confiées, animés du plus ardent désir de bien faire, et auxquels on peut, sans risques, s'en porter garants, les plus exigeants en discipline n'auraient rien à reprocher. Au lieu de cela, vous préférez interrompre brutalement leur travail pour les obliger à faire à contre-cœur un métier qu'il leur serait

tion du reste du viscère ; enfin, l'enlèvement de ce dernier en totalité est toujours suivi de tous les symptômes du diabète grave, la glycosurie seule n'étant pas constante. L'extirpation du pancréas altère la nutrition générale et il se produit des matières toxiques entraînant une désassimilation exagérée et souvent la glycosurie.

— M. Warfringe a traité *l'anémie pernicieuse* par la liqueur de Fowler à la dose de 4 gouttes 3 fois par jour ; sur 21 malades, 10 ont complètement guéri et 11 ont eu plusieurs récidives de la maladie. Sur ces derniers 7 sont morts et 4 ont fini par recouvrer la santé. Le même traitement arsnéical ne donne pas de bons résultats dans la leucémie et la pseudo-leucémie. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 avril 1894 — Présidence de M. Besnier

Déformations du squelette simulant la syphilis héréditaire

M. G. Baudoin présente une petite fille de 9 ans qui a subi un arrêt de développement considérable car elle n'est haute que de 1 mètre et ne pèse que 22 kilogrammes. Le développement intellectuel est celui d'une fillette de 4 à 5 ans ; l'enfant s'alimente mal et est toujours fatiguée. Les déformations du squelette ont débuté à l'âge de 6 mois par de la transformation des extrémités inférieures du fémur et des extrémités supérieures des tibias, puis les os des cuisses et des jambes se courbèrent et les déformations allèrent s'accentuant pendant 8 mois. Actuellement, il y a une véritable hyperplasie osseuse, les tibias sont en lame de sabre et on pourrait penser à une syphilis héréditaire. En réalité, c'est de rachitisme qu'il s'agit probablement ainsi que le prouvent l'ensellure du rachis, la proëminence du tronc en avant, la saillie des bosses frontales. etc. Les parents ne sont pas syphilitiques et ses père et mère, sont bien portants.

Syphilis héréditaire chez un enfant de 4 mois ; son père indemne de syphilis, syphilis contractée probablement dans un premier mariage et par conception.

M. Seulard. — Voici une petite fille de 5 mois, atteinte d'accidents syphilitiques

---

justement interdit d'exercer dans les cas où il devient autre chose qu'un fastidieux simulacre.

Je craignais presque de forcer l'expression de ma pensée, en parlant tout à l'heure de « parti pris ». Et cependant, si nous demandions maintenant que nos étudiants fussent soumis à la loi commune dans toute sa rigueur, si, oubliant les intérêts de la médecine militaire qui devraient tenir une plus grande place encore, Monsieur le ministre, dans vos préoccupations que dans les nôtres, nous réclamions pour les futurs docteurs l'honneur d'accomplir intégralement sous les drapeaux leurs trois ans de service, c'est vous qui refuseriez d'accéder à ce désir comme susceptible de compromettre plus tard l'organisation des secours en campagne. Et en cela vous auriez grandement raison. Pourquoi donc accepter, exiger qu'on impose le tiers de cette déplorable mesure ? Une part de mal peut-elle devenir un bien ?

En vérité, lorsqu'on récapitule l'ensemble des moyens oratoires employés par nos adversaires, on ne peut, quoi qu'on en ait, se défendre de cette réflexion qui s'impose : C'est qu'il faut être bien peu riche de bonnes raisons pour en fournir de si pauvres, et qu'une cause qui n'en inspire pas d'autres ne saurait être qu'une mauvaise cause.

(plaques anales et périanales, syphilides des fesses, syphilides des lèvres) ; cette enfant est allaitée par sa mère qui présente en même temps une syphilide tuberculeuse sèche de l'oreille gauche et une syphilide palmaire de la main gauche ; il n'y a donc aucune difficulté à faire le diagnostic de syphilis héréditaire. Mais la mère ignore absolument tout antécédent ; elle a un autre enfant âgé de 2 ans et demi qui est indemne de syphilis et son mari que j'ai vu est aussi indemne. Seulement, cette femme a été mariée une première fois et de son premier mari elle a eu deux enfants tous deux sont morts à six semaines ; elle ne peut donner d'ailleurs, aucun renseignement certain sur la mort de ses enfants, ni sur la santé de son premier mari, divorcé et disparu actuellement.

Ne peut-on croire que cette femme a été syphilisée probablement par mode conceptionnel, lors de son premier mariage, que cette syphilis très bénigne pour la mère, quoiqu'elle ait fait probablement périr ses deux enfants ne s'est traduite comme cela arrive souvent dans ces cas, par aucun accident immédiat et s'est réveillée plusieurs années après, au moment d'une quatrième grossesse ; mais déjà vieillie, elle n'a provoqué alors qu'une syphilide tuberculeuse discrète et un psoriasis héréditaire à manifestations très bénignes. On pourrait objecter tout simplement que cette femme est devenue syphilitique, extra conjugalement, peu de temps avant la naissance de ce dernier enfant, et après celle du troisième enfant, mais outre que je n'ai aucune raison de suspecter la bonne foi de cette femme qui ignore complètement ce dont il s'agit pour elle, il serait bien étonnant qu'une syphilis aussi récente se traduisit par des accidents aussi localisés et ressortissant habituellement à la vérole vieillie, comme une syphilide tuberculeuse sèche et un psoriasis palmaire.

Mon hypothèse bien que je ne puisse rien affirmer, n'ayant pas vu le premier mari, est légitime. L'imprégnation syphilitique d'une femme par un premier mari se répercutant sur les enfants nés d'un second mariage, le second père étant indemne de syphilis, a déjà été observée.

Quant à la naissance d'un enfant syphilitique venant après celle d'un enfant sain, la mère étant depuis longtemps syphilitique, le fait s'observe fréquemment.

Note pour servir à l'histoire du traitement de la syphilis par les injections de mercure insoluble

M. Alex Renault rapporte l'histoire d'une femme âgée de 54 ans qui était entrée le 20 mai 1893 à l'hôpital Broca dans le service de son collègue M. le Dr de Beurmann, pour y être traitée d'accidents syphilitiques secondaires.

Cette malade reçoit, avec toutes les précautions antiseptiques désirables, trois injections d'huile grise, chacune à dix jours d'intervalle environ. Le 17 juin, elle sort de l'hôpital complètement débarrassée de ses accidents et reprend ses occupations de cuisinière.

Mais le 21 juillet elle revient avec une stomatite mercurielle épouvantable et telle assurément que celle-ci devait se montrer au temps où l'on recherchait cette preuve d'une mercuralisation efficace : salivation continuelle et surabondante, lèvres énormes, langue tuméfiée, au point de ne plus être contenue dans la bouche, gencives complètement ramollies, dents ébranlées et chancelantes. Ajoutez à cela l'impossibilité presque absolue de s'alimenter et par conséquent, un amaigrissement très rapide, une agitation continuelle, une angoisse excessive par difficulté de respiration, l'appréhension constante d'une mort imminente et vous aurez le fidèle tableau de l'état lamentable de cette pauvre femme.

Ce n'est qu'au bout d'une dizaine de jours que les phénomènes commencèrent à

s'amender, sous l'influence du traitement usité en pareille occurence : bains de bouche répétés avec eau de guimauve et pavot tiède, chlorate de potasse intus et extra, alimentation progressive réconfortante.

La guérison s'opéra peu à peu sans incident et la malade sortit complètement remise le 1er septembre.

Cette observation montre une fois de plus le danger des injections de mercure insoluble. On connaissait déjà les accidents immédiats que celle-ci pouvait déterminer, les accidents éloignés n'avaient point encore été signalés. Le fait précédent apprend qu'il faudrait désormais compter avec eux et être de plus en plus circonspect dans l'emploi d'une méthode qui, en résumé, ne doit être réservée qu'aux cas dans lesquels tous les autres moyens de traitement ont échoué ou sont inapplicables.

Quelles que soient en effet l'habileté et la prudence de l'opérateur, il ne pourra jamais se flatter de régler la résorption d'une masse mercurielle, introduite dans l'économie. Il importe en autre de retenir que cette méthode des injections insolubles ne semble pas avoir sur l'évolution de la syphilis une efficacité supérieure aux anciennes et qu'elle ne prévient pas davantage les récidives de la syphilis non plus que la gravité de celle-ci.

M. Jullien. — L'huile grise aurait ici des parrains plus qualifiés que moi pour la défendre, cependant je ne pense pas devoir garder le silence après la lecture de notre collègue.

Je vois dans cette note deux faits très intéressants, l'un parfaitement précis, l'autre plus contestable. Le premier se réfère à celui des salivations tardives, sujet extrêmement intéressant, dont j'avais l'intention de vous entretenir. A la suite de n'importe quel traitement, il n'est pas rare de voir les malades à peine modifiés par le spécifique, présenter ultérieurement un mois, deux et six mois après les phénomènes de salivation plus ou moins prononcés.

M. Keller, M. Alricq et tout récemment le Dr Guillaud (d'Aix-les-Bains), m'ont entretenu de ce singulier phénomène ; l'action de l'hydrothérapie simple ou des eaux minérales sulfureuses est souvent la cause de gingivite tardive, et il est remarquable que dans plusieurs des cas que j'ai observés, c'est à la suite de cette complication que le traitement mercuriel a produit son effet curatif.

Je connais ces faits de longue date, je le répète, et on ne saurait les imputer aux injections dites massives, particulièrement à l'huile grise. Nous ignorons, en effet, si cette préparation se conserve et s'accumule dans l'organisme. S'il s'agissait du calomel, nous n'aurions pas de doutes à cet égard, car dix-huit mois après, une piqûre, j'ai pu retrouver chez un lapin du mercure dans un vieux foyer. Mais nous considérons cette donnée comme un argument non point contraire, mais favorable à l'emploi de cette merveilleuse méthode.

Reste le second fait, celui surtout sur lequel notre collègue appelle l'attention, le danger des injections d'huile grise. Or, ce fait me paraît manquer absolument de précision. Tous les détails importants font défaut. Qui a fait les injections ? En quel nombre ? Quelle solution fut employée (car il ne s'agit pas là de sels insolubles). En quelle quantité ? Sur tous ces points, nous devons nous contenter de racontars de malade. Je voudrais savoir aussi si les urines ont été examinées. On ne nous le dit pas, car chacun sait que c'est là une règle absolue, avant de pratiquer ces injections ; en l'absence de ces détails indispensables, on ne peut réellement pas nous demander de partager l'avis de l'auteur, venant incriminer un médicament dont nous faisons un usage courant et qui a conquis une grande popularité à l'étranger. Le fait lui-même fut-il incontestable, il serait rationnel de mettre en avant une disposition particulière de la malade.

En résumé, je crois qu'il faut retenir comme très intéressante la question des salivations tardives, et considérer comme insuffisamment établie l'accusation portée contre un excellent médicament qui a largement fait ses preuves.

Epithélioma du front

M. Thibierge présente un malade de 49 ans, un syphilitique, porteur à la région temporale, d'une ulcération plus étendue que la main, cicatrisée au centre et bordée d'un ourlet dur. Les caractères cliniques sont ceux de l'épithélioma et l'examen histologique a confirmé le diagnostic. L'affection a décliné il y a 18 ans et il y a 3 ans, le malade a été guéri temporairement par le traitement mixte qui, employé depuis, n'a plus donné que des résultats incomplets. On ne peut croire à un épithélioma greffé sur une syphilide antérieure, et on doit admettre que l'épithélioma peut offrir l'aspect d'une base syphilitique et guérir en apparence par le traitement antisyphilitique.

M. A. Fournier croit aussi qu'il s'agit d'un épithélioma et fait remarquer que les bords sont disposés en arcades comme dans les lésions syphilitiques; la cicatrisation centrale peut vous tromper. Il s'agit là d'épithélioma syphiloïde.

M. Jullien, lorsqu'il y a doute dans un cas de cancer de la langue par exemple, entre le syphilome et l'hépithéliome, préconise l'injection de calomel qui permet de savoir en 8 jours quelle est la nature la lésion.

Sur la persistance d'une éminence thénar chez un malade atteint d'une lèpre anesthésique très avancée dans son évolution contrairement à la loi de Hansen.

M. Hallopeau. M. Hansen a émis l'opinion que les éminences thénar et hypothénar sont constamment atrophiées dans la lèpre; c'est pour lui une loi pathologique, car il se fonde sur l'absence de cette atrophie pour se refuser à considérer, comme appartenant à des lépreux, des mains figurées comme telles par M. Zambacu. Or le malade présenté par M. Hallopeau montre que cette proposition est trop absolue. Bien que le diagnostic de lèpre soit chez lui incontestable et que les altérations de ses mains soient portées au plus haut degré, car les déviations et les déformations des doigts leur donnent une analogie frappante avec des extrémités de plantigrades, l'une des éminences thénar offre son relief normal et ses muscles se contractent régulièrement.

Lésion de l'avant-bras

M. Brocq présente un malade de 58 ans qui présente depuis huit mois, à la face interne de l'avant-bras gauche, un placard de 5 à 6 centimètres de diamètre, épais, variqueux et rempli d'abcès isolés. On a trouvé des bacilles de nature indéterminée.

M. Du Castel présente un malade atteint de *xeroderma pigmentosum* et un second porteur d'une affection de la langue probablement de nature syphilitique. L'organe est très tuméfié par suite de la présence de noyaux d'induration.

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

—

Prophylaxie de la rage

Les soins à donner aux personnes mordues par un chien enragé sont du ressort de l'hygiène, puisqu'il s'agit non pas de guérir, mais de prévenir l'éclosion de cette terrible maladie.

Les moyens à l'aide desquels on peut la conjurer sont de deux ordres. Les uns sont du ressort de la police ; c'est la suppression des chiens errants, l'emploi de la laisse ou de la muselière. Ceux-là ne nous concernent pas. Les autres sont d'ordre privé et rentrent dans notre cadre.

1° Il appartient aux médecins de prémunir le public contre le danger que lui font courir les chiens sans maître, de recommander surtout aux enfants de ne jamais toucher un chien qu'ils ne connaissent pas et surtout de ne pas le taquiner; enfin, de répandre dans le public la connaissance des signes de la rage, au sujet desquels il règne beaucoup de croyances erronées. On se figure généralement que la rage se caractérise d'emblée par des accès de fureur, c est une idée fausse et dangereuse. Bien avant que l'animal songe à mordre, sa salive est virulente et il peut inoculer la rage à ceux qui l'approchent, en leur léchant le visage ou la main, s'il s'y trouve une écorchure.

C'est également une erreur de croire que le chien qui boit et qui mange n'est pas enragé. Il éprouve, au contraire, une soif ardente qu'il cherche à satisfaire. Il en est souvent empêché, il est vrai, par des spasmes du pharynx et alors on croirait qu'il a un os arrêté dans l'arrière-gorge. C'est en cherchant à extraire ce corps étranger imaginaire que beaucoup de gens se font mordre. « Méfiez-vous du chien qui semble avoir un os dans la gorge, dit M. Nocard ; il y a neuf chances sur dix au moins pour qu'il soit enragé. »

La rage, à son début, se reconnaît aux signes suivants: L'animal devient triste, sombre, inquiet; il change à chaque instant de place, il s'agite, disperse la paille de sa niche ; il gratte le sol, flaire dans les coins, sous les portes ; il a des hallucinations de la vue, il s'élance à la poursuite d'objets imaginaires ; enfin, il a un hurlement tout spécial et qu'on reconnaît toujours quand on l'a entendu une fois. C'est la période la plus dangereuse et quand on a constaté quelques-uns des signes qui précèdent, il faut immédiatement renfermer et surveiller l'animal.

2° Lorsqu'il n'est plus temps et qu'on se trouve en présence d'une personne mordue par un chien ou par un chat soupçonné de rage, il faut d'abord laver la plaie avec soin et la faire bien saigner. Si elle siège sur un membre, comme c'est le cas le plus ordinaire, il faut de plus et avant toute chose, appliquer une ligature serrée au-dessus de la plaie et si c'est aux doigts, les plonger dans une solution phéniquée faible, ou dans une solution de sublimé au millième, additionnée de quelques gouttes d'acide acétique. A l'école d'Alfort, où les morsures aux mains sont assez fréquentes parmi les élèves, on se borne aux soins que nous venons d'indiquer et on envoie le blessé à l'Institut Pasteur. On repousse toute cautérisation comme infidèle parce qu'elle est toujours trop tardive et comme inspirant une fausse sécurité.

Nous ne partageons pas complètement cette opinion, et malgré toute notre confiance dans les inoculations antirabiques, nous pensons que deux sûretés valent mieux qu'une et qu'il est préférable de recourir à la cautérisation quand on peut le faire en temps opportun et sans causer de trop grands délabrements.

En général, les morsures du chien enragé ne sont pas étendues comme celles que font les loups ; mais elles sont profondes. Il faut donc, la ligature une fois appliquée et les lotions faites, faire rougir au premier foyer venu, une tige de fer ou d'acier, ou bien se procurer un caustique liquide. Lorsqu'on en est muni, on débride la plaie avec précaution pour pouvoir pénétrer dans ses anfractuosités, on la lave de nouveau et on promène la tige incandescente ou le pinceau chargé de caustique sur tous les points de sa surface et dans sa profondeur ; puis on plonge la partie dans le liquide antiseptique. Après quelques minutes d'immersion, on enlève la ligature et on envoie le blessé à l'Institut Pasteur.

COURRIER

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur, M. G. Sée). — M. Chantemesse, agrégé, chargé de cours, commencera ce cours le mercredi 18 avril 1894, à 10 heures, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Chaque leçon clinique sera précédée de l'exposé des procédés techniques d'exploration et d'analyse des symptômes et des signes communément observés dans la maladie qui fera l'objet de la leçon.

—Les habitants de la province de Wiatka (Russie) ont pris une résolution digne d'éloges. Ils ont assuré contre le choléra la vie de leurs médecins et chirurgiens.

La famille du médecin qui mourra du choléra touchera les intérêts d'une somme de 5,000 roubles, ou de 8,000 roubles, si le médecin est établi dans la province depuis dix ans. La famille du chirurgien ne recevra que les intérêts de 1,000 roubles. Pourquoi cette inégalité en temps d'épidémie ?

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

Une grosse question, paraît-il, est à l'étude ; il ne s'agit rien moins que de supprimer purement et simplement la maison municipale de santé : c'est un moyen très simple, en apparence, de remédier aux nombreux abus qui s'y produisent, dit-on, chaque jour. Mais ne peut-on trouver mieux ? Sans entrer dans le détail des plaintes qui sont formulées contre elle, on peut dire qu'elles se résument en ces deux principales : 1° Les malades se plaignent des soins administratifs et médicaux qui leur sont donnés ; 2° le budget de l'établissement se solde chaque année par un déficit de 100,000 francs, ce qui ne constitue pas à la vérité, pour l'assistance publique en détresse, une brillante opération financière.

De là à demander la suppression de l'établissement en alléguant que l'argent des pauvres ne doit aller qu'aux nécessiteux, il n'y a qu'un pas qu'on a vite franchi.

Mais, voyons un peu : les plaintes des malades reposent sur un malentendu et ne sont pas justifiées.

Les malades de la maison de santé payent à l'administration une somme dérisoire, mais se croient dans une vraie maison de santé. Ils réclament les soins qu'on ne peut donner qu'à prix élevé dans des maisons privées. Il ne peut en être ainsi : à part les « opérés graves » qui reçoivent des soins exceptionnels, le régime de la maison de santé est celui de l'hôpital et ne peut être différent.

C'est ce dont se plaignent les malades, il faudrait le leur rappeler ou modifier le prix de la journée, et c'est là, en effet, qu'est la solution de la question.

Elever d'une façon très notable le prix de la journée, établir, d'ailleurs, comme pour le pensionnat de La Ville-Evrard, « établissement analogue du département pour les aliénés », des classes accessible à toutes les bourses.

De cette façon, satisfaction serait donnée aux malades qui trouvent que les soins qui leur sont donnés sont insuffisants, et à l'administration qui verrait, de la sorte, et par une nouvelle affluence des malades, s'équilibrer son budget.

On a dit, et c'est sur cette raison qu'on s'est appuyé pour demander la suppression, que l'argent de l'Assistance publique ne devait aller qu'aux indigents.

Cette opinion vraie à l'époque où l'Assistance se suffisait à elle-même, est radicalement fausse aujourd'hui, où la ville de Paris, c'est-à-dire le contribuable, intervient dans son budget pour une somme supérieure à vingt-millions.

Il est, au contraire, juste et parfaitement légitime, que l'Assistance fasse pour les bourses moyennes ce que le département fait en matière d'aliénation mentale. Il est naturel que la population qui forme la clientèle de la maison de santé et qui paye les frais énormes de l'Assistance publique,

puisse participer, sous une forme spéciale et à déterminer, aux avantages de l'hospitalisation.

Dans un projet plus modeste, on a demandé la suppression d'un des deux services de chirurgie, en se basant sur le nombre insuffisant des malades qui venaient demander les secours de la chirurgie et on a pensé qu'il convenait de revenir au régime du service unique comme au temps de Demarquay.

Je n'ai qu'un mot à dire à cet égard : qu'on rende la maison de santé « plus habitable » en élevant son prix de journée et en procurant aux malades un bien-être qui leur manque actuellement et on verra bientôt doubler et tripler le nombre des malades de cette catégorie.

La maison a actuellement une mauvaise réputation. Que l'administration travaille à la réhabiliter au lieu de la supprimer et la population, qui y a droit, saura lui montrer les services qu'elle peut rendre.

HYGIÈNE

Les Cimetières

Dans notre article sur la crémation (1), nous avons annoncé que nous reviendrions sur la question des cimetières, c'est ce que nous allons faire aujourd'hui.

Sans entrer dans des détails historiques qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, nous rappellerons qu'on enterrait autrefois les morts autour des églises et dans leur enceinte, que les cimetières se trouvaient ainsi au centre même des villes. Louis XVI avait essayé de réagir contre cette coutume insalubre ; mais sa déclaration du 3 septembre 1774 était restée à l'état de lettre morte, par suite de l'opposition du clergé d'une part et de l'autre, par le fait des dépenses considérables que le déplacement des cimetières aurait entraînées.

Il en existait encore vingt à l'intérieur de Paris à la fin du siècle dernier et l'on ne parvint à en supprimer qu'un seul, celui des Innocents. Ce charnier légendaire, consacré aux inhumations depuis le XII[e] siècle, avait dévoré plus d'un million de cadavres, et le sol, gonflé par ces dépôts successifs, dépassait de dix pieds le niveau des rues voisines. Les rigoles qui l'entouraient servaient de déversoirs aux déjections de tous les habitants du quartier. C'était une infection dans tout le voisinage et il fallut trois ans pour en opérer l'évacuation.

Ce fut, comme je l'ai dit, une mesure isolée, un exemple qu'aucune ville ne suivit, et la Révolution seule fut assez forte pour accomplir cette réforme. Il fallut pour cela les lois des 16-24 août 1790, 8-15 mai 1791 et enfin le décret du 23 prairial an XII (12 juin 1804) qui règle encore aujourd'hui la matière, à de très légères modifications près (2).

Aux termes de la législation actuelle, les inhumations sont interdites dans l'enceinte des bourgs, villes et villages. Il est défendu d'élever aucune

(1) *Union médicale*, numéro du 27 février 1894, p. 278.

(2) La police des cimetières est régie par les décrets du 23 prairial an XII (12 juin 1804) du 4 thermidor an XIII (23 juillet 1805), du 7 mars 1808, par l'ordonnance du 6 décembre 1843 et par le décret du 27 avril 1889.

habitation ni de creuser aucun puits à moins de 100 mètres des cimetières (1). Cette distance est aujourd'hui considérée comme beaucoup trop faible, surtout en ce qui concerne les puits.

Les fosses doivent avoir de 1m. 50 à 2 mètres de profondeur, 2 mètres de long et 0,80 centimètres de large ; elles doivent être distantes les unes des autres de 30 à 40 centimètres sur les côtés et de 30 à 50 à la tête et aux pieds. Pour prévenir le danger que présente le renouvellement trop fréquent des sépultures sur un même point, l'ouverture des fosses ne doit avoir lieu que de cinq ans en cinq ans. Les inhumations sont permises dans les propriétés privées, à la condition que celles-ci soient situées hors de l'enceinte des villes et à la distance prescrite ; mais cette faculté ne peut être exercée qu'avec l'autorisation des maires qui peuvent la refuser en vertu de leur pouvoir discrétionnaire en matière de police des sépultures et l'autorisation doit être renouvelée à chaque inhumation neuvelle.

Les cimetières abandonnés ne peuvent être livrés à la culture qu'au bout de cinq ans. On ne doit pas y faire de fouilles, on ne doit pas y creuser de fondations avant dix ans, époque à laquelle les terrains peuvent être mis dans le commerce (2).

Le règlement d'administration publique du 27 avril 1889, rendu en exécution de la loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles, a modifié l'article du décret du 23 prairial, qui défendait les inhumations collectives. Il autorise l'usage de tranchées pour les inhumations gratuites, à la condition qu'elles aient une profondeur de 1 m. 50 et qu'il y ait une distance de 20 centimètres entre les cercueils qui y sont déposés.

Les maires sont investis, par la loi municipale du 5 avril 1884, des pouvoirs les plus étendus en ce qui concerne les inhumations dans les cas d'épidémies. Le réglement du 27 avril 1889 les autorise à prescrire, sur l'avis d'un médecin commis par eux, la mise en bière et l'inhumation immédiatement après le décès et s'ils négligent de prendre les mesures nécessaires, le préfet peut, après une mise en demeure restée sans résultat, y pourvoir par un arrêté spécial. Il a également le droit de prendre une mesure plus grave, celles de la fermeture d'un cimetière.

Les dispositions qui précèdent ont incontestablement amélioré la police des lieux de sépulture. Ont-elles fait disparaître tous les dangers inhérents aux inhumations, répondent-elles à toutes les exigences de l'hygiène contemporaine? C'est ce que nous allons examiner.

Il y a une quinzaine d'années, les partisans de la crémation entreprirent une rude campagne contre les cimetières et, dans leur ardeur de néophytes, ils y mirent quslque exagération. Ils les accusaient de vicier l'air, d'empoisonner les puits et d'emmagasiner dans le sol des germes contagieux susceptibles d'en sortir plus tard pour semer des épidémies. L'administration municipale s'en émut et le 4 mars 1879, une commission fut nommée par le préfet de la Seine pour étudier la question (3) Elle choisit pour rapporteur

(1) Le décret du 23 prairial, fixait à 35 ou 40 mètres seulement la distance entre le cimetière et les dernières habitations agglomérées, c'est le décret du 7 mars 1803 qui l'a portée à 100 mètres.

(2) Ce terme fixé par l'article 9 de la loi du 15 mars 1791, a été consacré par un avis du Conseil d'Etat du 13 nivôse an XIII.

(3) La commission se composait de MM. Hérédia, G. Martin, Bouchardat, Bourgoin, Caffort, A. Carnot, Feydeau, Huet, Leroux, du Mesnil, Fasquier, Schulzenberger.

le docteur O. du Mesnil, déjà connu par ses travaux en hygiène urbaine. Son rapport présenté le 24 décembre 1880 fut adopté le 7 mars 1881. L'enquête avait, comme on le voit, duré deux ans ; elle avait été complète ; les membres de la commission s'étaient livrés à des recherches sur la décomposition des corps dans les cimetières actuels et ces expériences les avaient conduits à des conclusions que nous allons résumer brièrement :

« Les dangers résultant des gaz produits par la putréfaction étaient incontestables lorsque les inhumations se faisaient dans les églises ; mais ils sont devenus absolument nuls aujourd'hui, parce qu'ils n'arrivent pas à la surface du sol, quand les corps sont enterrés à une profondeur de 1 m. 50. Ils seraient d'ailleurs inoffensifs parce qu'ils se répandraient à l'air libre.

« Dans l'espace de cinq ans, la presque totalité de la matière organique a été brûlée et, par conséquent, la terre ne se sature pas, dans ce laps de temps, pourvu que le sol soit suffisamment perméable.

« Par un drainage méthodique, on accèlera la rapidité des rotations, dont la durée pourra vraisemblablement être abrégée.

« Dans l'état présent de nos cimetières, il n'y a pas lieu de craindre l'infection des puits du voisinage, alors que ces puits sont à la distance réglementaire des habitations. »

Ces conclusions sont, comme on le voit, très rassurantes. Elles pêchent même, à notre avis, par un excès d'optimisme. En tout cas, elles ne visent que les cimetières de Paris où les membres de la Commission ont fait leurs expériences, et il serait imprudent d'en faire l'application à tous les autres. D'autres travaux de la même époque ont été rédigés dans le même sens que celui de la Commission. Nous citerons dans le nombre la thèse du docteur Robinet, sur *les prétendus dangers des cimetières*, soutenue en 1880, et le travail du docteur P. Martin, de Lyon, intitulé : *Les cimetières et la crémation* ; mais une réaction s'est produite depuis cette époque ; les hygiénistes ne sont plus aussi convaincus de l'innocuité des inhumations et ils pensent que les préscriptions légales que nous avons énumérées plus haut ne sont pas complètement suffisantes pour assurer la sécurité publique.

Des recherches récentes ont prouvé, en effet, que la promptitude avec laquelle les cadavres sont détruits dans le sol est extrêmement variable. Elle dépend de la nature du sol, de sa porosité, de la quantité d'eau qu'il reçoit, de la profondeur des fosses et de la température de l'air. Le travail de destruction comprend, en effet, deux périodes successives qui ont été exposées par MM. Schœnfeld et Grandhomme, dans un rapport qu'ils ont adressé, en 1891, au gouvernement prussien, au nom du Comité supérieur des affaires médicales (1). La première phase est celle de fermentation putride ; elle n'a lieu qu'en présence de l'eau. Elle est l'œuvre des bactéries et s'accompagne de la formation d'une grande quantité de gaz infects et de ptomaïnes. La seconde, au contraire, exige le renouvellement rapide de l'air et le contact de l'oxygène avec les tissus organiques ; elle consiste dans l'oxydation, la nitrification des produits azotés, et leur transformation en humus, avec formation de nitrates de sulfate, etc. Elle ne s'accompagne ni de dégagement de gaz infects, ni de production de ptomaïnes.

Cette condition de la présence successive de l'air et de l'eau explique comment les cadavres se momifient dans un sol radicalement sec comme

(1) *Vierteljahrschrift f. gerichtl. Mediz, und off. gesundh.*, avril 1891, p. 29.

les sables du désert, et ne se détruisent pas dans les terrains trop imprégnés d'eau. Lorsque la nappe souterraine est trop rapprochée de la surface du sol, l'eau envahit le fond des fosses, les cadavres y macèrent et ne sont pas détruits. C'est également ce qui arrive dans les pays où il pleut sans cesse et où le sol est imperméable.

La nécessité d'une circulation rapide de l'air dans le sol, pour la décomposition des corps inhumés, a été démontrée de nouveau par les expériences faites il y a trois ans à Saint-Nazaire. L'accroissement rapide de ce port admirablement situé à l'entrée de la Loire, a forcé d'agrandir son cimetière. Le sol en est constitué par de l'argile compacte qui retient les eaux à une distance de la surface variant, suivant la saison, de 1m60 à 0m60. Les cercueils plongent dans le liquide et il n'est pas rare d'y trouver les corps presque entiers au bout de cin ans.

MM. Coupry, Lemut et Guérin (de Nantes) ont imaginé, pour remédier à cet inconvénient, un mode de drainage qui leur a parfaitement réussi. Sur une parcelle du cimetière, ils ont creusé 18 fosses de 87 centimètres de profondeur, séparées par un intervalle de 40 centimètres. Au fond de chaque fosse, ils ont élevé quatre murettes en pierres sèches de 16 centimètres de hauteur disposées en croix et ne se touchant pas à leurs points de rencontre. Les bières furent posées sur ces murettes et leur intervalle fut comblé par des escarbilles. Les drains en poterie établissant la communication entre toutes les fosses conduisaient les eaux d'infiltration dans un égout qui longe l'allée du cimetière et se termine au dehors.

Les premières expériences ont été faites le 9 juin 1891. Au bout d'un an, les corps exhumés ont été trouvés sans odeur et réduits à l'état de squelette. Toutes les parties molles avaient disparu et on trouvait, dans les bières, de nombreux insectes parfaitement vivants. Comme comparaison, on a exhumé, au même moment, un corps inhumé cinq ans auparavant dans la partie non drainée du cimetière, et on l'a trouvé transformé en gras de cadavre dans sa totalité. Tout travail de décomposition était suspendu (1). Cette expérience prouve qu'un bon système de drainage assurant l'assèchement et l'aération du sol au-dessous et autour des tombes, accélère notablement la destruction des corps qui y sont inhumés.

Nous étudierons, dans un prochain article, l'influence que la composition des terrains, la nature de la bière, les substances antiseptiques ou conservatrices qu'on y introduit et la température exercent sur la marche de la putréfaction et nous indiquerons les règles d'hygiène qui doivent présider à l'établissement, à l'entretien et à la suppression des cimetières.

Jules ROCHARD.

CONGRÈS DE ROME

(*Suite*)

CHIRURGIE

Le compte rendu des communications faites au congrès de Rome sur des sujets chirurgicaux nous arrive petit à petit et, il faut le dire, de grosses questions n'ont pas été agitées et bien peu de discussions intéressantes ont vu le jour. Nous aurons pourtant à

(1) Brouardel et Du Mesnil. Des conditions d'inhumation dans les cimetières (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, juillet 1892, p. 27.)

entretenir nos lecteurs du traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche qui a été étudiée par des hommes compétents, tels que Lorenz, Hoffa, Kirmisson, Saci, etc... La thérapeutique des fibromes utérins a aussi donné lieu à des communications à analyser. Aujourd'hui nous dirons quelques mots des différents sujets traités.

M. Rapin (de Lausanne) a exposé une *nouvelle méthode de réduction de la rétrodéviation utérine.* Pour ce chirurgien, ce qui produit l'obstacle au redressement dans les rétroversions et spécialement dans les rétroflexions. C'est la pression atmosphérique, ou, plus exactement, la pression des organes voisins, intestins et leur contenu, combinée à celle de l'atmosphère.

Le corps de l'utérus tombe dans la fosse recto-utérine, s'y adapte et les ligaments semi-lunaires, utérosacrés le maintiennent de telle façon que toute tentative de réduction faite par le vagin ou le rectum, soit avec la main, soit avec l'hystéromètre, n'arrive qu'à un résultat, celui de soulever l'organe ; mais aussi la fosse dans laquelle il est contenu et dont il ne peut être délogé.

Pour que la réduction puisse se faire, c'est toujours M. Rapin qui parle, il faut modifier le troisième temps du redressement, c'est-à dire qu'au lieu d'abaisser le manche de l'hystéromètre, il faut attirer la totalité de l'instrument d'arrière en avant et de bas en haut, de façon à agir sur toute la face antérieure de la cavité utérine, non plus avec la pointe de l'hystéromètre, mais avec toute la partie qui a pénétré dans l'organe ; on éloigne ainsi, dit toujours l'auteur du procédé, le fond de l'utérus du rectum ; on ouvre par en haut l'espace de Douglas et les intestins, poussés par la pression atmosphérique, s'y précipitent, prennent la place de la matrice et aident même à sa propulsion en avant.

Telle est, en quelques mots, la pratique de M. Rapin, qui à notre avis fait jouer un rôle un peu important à la pression atmosphérique ; les dévivations et surtout les flexions utérines sont, comme on le sait, le plus souvent favorisées par une inflammation de l'organe et maintenues par des adhérences qui sont le plus grand obstacle à la réduction.

Nous ne dirons qu'un mot de la communication de M. Villar (de Bordeaux), intitulée : *Sur six cas de laparotomie exploratrice.* L'auteur s'attache à démontrer l'importance de cette pratique, importance qui n'est plus à discuter à l'heure actuelle ; toutefois, ajoutons dans les cas où une étude attentive et répétée du malade n'a pas permis d'arriver à un diagnostic ferme. Mais cette laparotomie n'est plus exploratrice, mais bien cuartrice lorsqu'elle vise la péritonite tuberculeuse ; on sait l'heureuse influence de la simple évacuation du liquide ascitique dans ces cas et les explications qui en ont été données. M. Villar cite aussi une observation curieuse de tumeur maligne, dont la régression fut consécutive à une ouverture de l'abdomen.

Dans les *lésions calculeuses des voies biliaires.* M. Vautrin (de Nancy) vient soutenir la supériorité de la *cholécystotomie* sur la *cholécystectomie.*

Cette cholécystotomie peut se pratiquer suivant deux procédés : 1o la cholécystotomie idéale de Bernays, qui consiste dans l'ouverture de la vésicule pour en extraire les calculs, dans la suture et la réduction de l'organe dans le ventre ; 2o la cholécystotomie avec cholécystopexie, qui n'est autre chose que l'opération précédente, mais la plaie de la vésicule est maintenue par des sutures au contact de la paroi abdominale. Cette dernière opération, que l'orateur dit avoir pratiquée avec succès le premier en France, lu semble la plus rationnelle et la plus recommandable à cause de sa facilité, de la sécurité qu'elle procure et de la surveillance facile de la ligne de suture. Les indications de la cholécystotomie sont les suivantes :

La cholécystotomie ou cholécystopexie est indiquée dans tous les cas où la vésicule

peut être facilement amenée dans la plaie, lorsque les parois du réservoir et des canaux biliaires ne sont pas trop altérées. Elle expose moins que la cholécystectomie et la cholécystotomie idéale, aux fistules biliaires.

La cholécystotomie idéale doit être réservée pour les cas, moins nombreux, où la vésicule n'est ni distendue ni altérée, lorsque la perméabilité des voies biliaires est assurée et a été vérifiée par le cathétérisme.

M. Péan, trouvant que les procédés habituels de *néphrectomie* ne donnaient pas assez de jour, a érigé en méthode l'*incision transversale* du bord externe du muscle droit au bord externe de la masse sacro-lombaire. Il est inutile de faire remarquer que ce procédé consiste à couper tout ce qui gêne, peau, muscle, péritoine, et arriver directement sur le rein qui, quoique volumineux et adhérent, peut être aussi facilement enlevé. Cette opération pratiquée 5 fois, aurait donné 5 succès, M. Stankiewicz (de Varsovie) aurait aussi, de son côté, utilisé, quand la chose était nécessaire, cette incision transversale. Mais MM. Sklifossovsky (de Saint-Pétersbourg) et Kosinski (de Varsovie) font observer, et à juste raison, il nous semble, que quoiqu'il soit le plus souvent inoffensif de sectionner transversalement aussi bien que longitudinalement, il est cependant préférable de s'appuyer, pour tracer son incision, sur les connaissances anatomiques, et de se servir des voies employées jusqu'à ce jour, soit lombaires, soit transpéritonéales.

Le cathétérisme des artères dans la gangrène des membres vient d'être pratiqué par M. Sereevau (de Bucharest). Après avoir amputé deux fois de suite la jambe pour une gangrène du pied, et chaque fois constaté que les lambeaux se mortifiaient, il a conçu l'idée, en pareil cas, de désoblitérer par une sonde les branches de bifurcation de l'artère poplitée, lorsqu'on ne perçoit plus les battements que très haut. Il a employé ce procédé pour la première fois chez un homme de 50 ans, atteint de gangrène du pied consécutive à une embolie; l'amputation était absolument indiquée à l'extrémité inférieurs de la cuisse. M. Severeau fit l'amputation de la jambe au lieu d'élection après avoir préparé d'avance des sondes de gomme aseptiques, il put les introduire dans la lumière des artères en exécutant des mouvements de va-et-vient jusqu'à ce que le sang commençât à couler; lorsqu'il retira la sonde, l'ondée sanguine amena plusieurs caillots, et dès lors, le cours du sang reprit dans les artères. Les lambeaux ne se gangrenèrent point, et même le chirurgien de Bucharest put obtenir une guérison de son moignon par première intervention. Depuis cette époque, il a toujours eu recours à cette pratique et n'a eu qu'à s'en louer.

Il est certain que le cathétérisme des artères fait aseptiquement n'a aucune gravité; mais on peut faire remarquer que, dès qu'un caillot s'est arrêté dans un vaisseau, le département irrigué est presque immédiatement frappé de mort cellulaire, et pour réussir au moyen du cathétérisme à redonner du sang aux parties avant qu'elles ne soient mortes, il faut se presser et désobstruer le vaisseau à temps.

Le mal de Pott exerce depuis quelques années la sagacité des chirurgiens. On a pratiqué la laminectomie, curetté les corps vertébraux, ouvert les méninges rachidiennes et cela, il faut l'avouer, sans bénéfices considérables.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer) a mieux fait; il a réussi à guérir deux Aotteux paraplégiques en s'adressant immédiatement à l'abcès par congestion et cela au lieu même de leur origine.

Voici le procédé employé par ce chirurgien.

Premier temps : Incision verticale de 6 centimètres sur la partie culminante de la gibbosité, à 3 centimètres de la ligne médiane, sur le côté droit, divisant la peau et les muscles.

Deuxième temps : Résection avec la pince-gouge d'une ou de deux apophyses trans-

verses, de leur sommet à leur base; résection sous-périostée de l'extrémité rachidienne des côtes correspondantes sur une étendue de cinq à six centimètres.

Troisième temps : Une sonde cannelée, suivant de dehors en dedans le canal périostique de la côte enlevée, arrive sur les corps vertébraux malades et ouvre le foyer tuberculeux, ou bien élargit l'ouverture déjà pratiquée. Drain, lavage antiseptique.

Ce traitement paraît rationnel puisqu'on sait que, le plus souvent, la moelle est comprimée par un abcès tuberculeux dont un prolongement pénètre dans le canal rachidien. Le contenu de l'abcès est soumis à une certaine tension représentée par une colonne mercurielle de 12 à 22 millimètres. Il est même fréquent de voir des paraplégies disparaître après l'ouverture spontanée ou opératoire des abcès, et on n'a presque jamais observé de paraplégie chez des malades dont le mal de Pott était compliqué d'une ou plusieurs fistules.

La pachyméningite et la myélite transverse n'interviennent que plus tard; alors la paraplégie est presque impossible à guérir.

E. R.

MÉDECINE

—

(*Suite.*)

M. Murri (de Bologne) a remarqué que le froid avait une action fâcheuse sur les *chlorotiques*. L'état de santé de ces malades s'aggrave en hiver et en automne, et ils se sentent généralement mieux le jour que la nuit. A la suite des bains froids prolongés, les globules rouges et l'hémoglobine diminuent dans le sang des chlorotiques et l'urobiline augmente dans l'urine. On observe aussi une destruction des globules rouges à la suite de l'exercice musculaire.

Le système vaso-moteur fonctionne d'une manière irrégulière chez les chlorotiques. Il ya ischémie à la périphérie et accumulation du sang dans les organes internes. Cette ischémie périphérique est mise en évidence par la diminution de la sueur, l'abaissement de la température, les engelures, l'asphyxie des extrémités. Cliniquement, on voit la chlorose survenir à l'époque de la puberté chez des individus du sexe féminin. On pourrait admettre que, au moment où les organes génitaux de la femme commencent à fonctionner, il y a des excitations réflexes qui agissent sur les centres vaso-moteurs. Le trouble vaso-moteur agit sur la composition du sang, car la stase veineuse modifie cette composition. Du reste, des modifications très minimes du sang peuvent provoquer la destruction des globules rouges et l'hémolyse qui se produit à la suite du froid chez les chlorotiques dépend d'un trouble circulatoire d'origine vaso-motrice.

L'hydrothérapie froide est le vrai remède de la chlorose, parce qu'elle agit sur les nerfs vaso-moteurs ; le fer, l'arsenic sont insuffisants.

— MM. Hallopeau et Jeanselme ont étudié les *suppurations associées aux syphilomes tertiaires des fosses nasales*. Il peut se produire, consécutivement aux syphilomes des cavités nasales, des inflammations suppuratives non spécifiques de la muqueuse qui les tapisse. Elles peuvent être remarquables par leur grande abondance ainsi que par leur durée; parfois elles se propagent au canal nasal et au sac lacrymal et peuvent amener la formation d'une fistule susceptible de donner pendant des mois issue à du pus. Dans d'autres cas, elles envahissent les trompes d'Eustache ainsi que les oreilles moyennes, donnant ainsi lieu à tous les phénomènes de l'otite double suppurative avec écoulement purulent par les conduits auditifs externes. Ces inflammations sont d'origine mais non de nature syphilitique. Leur évolution est indépendante de celle des syphilomes concomitants. L'action du traitement antisyphilitique est nulle sur elles et

elles persistent alors que les accidents syphilitiques guérissent rapidement. Elles sont dues à l'intervention de microbes indifférents qui trouvent dans les ulcérations syphilitiques une porte d'entrée et se multiplient en raison des conditions de terrain et de culture favorable que leur offrent les cavités nasales. En raison du jetage abondant qu'elles provoquent, de leur résistance au traitement spécifique et des lésions destructives avec lesquelles elles coïncident, elles peuvent en imposer par des altérations de nature farcino-morveuses ; seules les recherches bactériologiques et les inoculations peuvent, avec les résultats du traitement, permettre d'éviter une erreur.

— M. Verchère est venu soutenir avec talent la doctrine de la *syphilis d'emblée.* Pour les syphiligraphes, la syphilis débuterait toujours par un chancre que l'on a vu ou qui a dû passer inaperçu s'il n'a pas été découvert. C'est là un raisonnement qui pèche par excès, car il existe des observations de malades constamment surveillés par un médecin exercé avant, pendant et après leur imprégnation syphilitique, et qui n'ont jamais eu de chancre.

M. Verchère a recueilli plusieurs faits de ce genre.

Un homme, marié, a un chancre induré de la verge le 9 janvier 1892. Le malade n'a pas de rapports avec sa femme ; cette dernière est cependant examinée tous les six ou huit jours sous prétexte de métrite et elle ne présente aucun accident. Au bout de trois semaines, le chancre est guéri, il n'y a pas d'accident secondaire et les rapports sont permis ; la verge est examinée deux ou trois heures avant chacun d'eux et on la trouve toujours saine. La femme est toujours examinée à intervalles de quelques jours et il est impossible de lui découvrir l'érosion la plus légère. Cependant quatre mois plus tard se produisent une éruption papuleuse généralisée, des plaques muqueuses, etc.

Dans un autre cas, X., atteint de syphilis depuis six mois et ne présentant aucune manifestation apparente, a des rapports avec une jeune femme de 28 ans. mariée à Z ; cette femme a comme première manifestation de syphilis, au bout d'une année, du mal de tête, des exostoses multiples, une paralysie du moteur oculaire commun. Z a continuellement des rapports avec sa femme ; il ne prend pas la syphilis.

Un médecin syphilitique depuis quelques mois se marie ; il n'a pas d'accidents et cependant sa jeune femme, qui n'avait jamais rien présenté de suspect, a de l'ecthyma spécifique deux mois après le mariage Deux enfants naissent, l'un au bout d'un an, l'autre de quatre ; tous deux ont des traces de syphilis héréditaire.

M. Verchère admet que, dans ces cas, il y a infection par le sperme, imprégnation directe, infection par simple cohabitation, selon l'expression de Zeissl.

On peut admettre que dans un grand nombre de cas de syphilis ignorées chez des gens soigneux, il n'y a pas eu de chancre initial.

— M. Ozenne a observé chez un arthritique un cas de *syphéliome cérébral compliqué de glycosurie.* Il fallut combiner la médication antisyphilitique avec le traitement du diabète pour obtenir à la fois la disparition des accidents diabétiques et syphilitiques. L'un des deux traitements à l'exclusion de l'autre, était impuissant à faire disparaître toute manifestation morbide. Il est très probable que, dans ce cas, il n'y avait pas un diabète syphilitique, mais un diabète arthritique.

— M. Jullien préconise dans la syphilis un traitement intensif et précoce. Actuellement, il emploie, pour réaliser ce traitement, les injections de calomel en suspension dans la vaseline liquide. Il faut être prudent et bien surveiller les signes de la saturation mercurielle, car une petite quantité de sel peut rester en réserve dans les foyers. M. Jullien pratique une injection dès l'apparition du chancre et en fait une nouvelle de quinze en quinze jours. Le chancre se cicatrise promptement et dans les cas habituels il ne se produit que des accidents, avortés, fugaces, dans le cours de deux, trois ou quatre mois, plus ou moins

longtemps après l'expiration du délai de l'incubation secondaire. Au bout de deux mois, on peut laisser entre les injections un intervalle variant de 20, 25, 30 jours, suivant les cas, et au delà du sixième mois on remplace le calomel par l'huile grise, le thymol-acétate de mercure ou une toute autre méthode de traitement moins rigoureuse.

Pour M. Personali, l'*érythromélalgie* a, dans une certaine mesure, un rapport étiologique certain avec la syphilis. Des malades qu'a observés ce médecin étaient syphilitiques depuis peu de temps et présentaient des accidents spécifiques multiples, lorsqu'est apparue l'érythromélalgie.

VII

M. A. Danicke (de Breslau), a constaté chez 60 à 70 pour 100 des femmes âgées de 20 à 40 ans, l'existence d'*adhérences intestinales* disséminées dans les diverses parties de la cavité abdominale, restes d'anciennes péritonites chroniques localisées. Ces adhérences se manifestent, lorsque le tube digestif est plein, par des nodosités, des indurations que l'on retrouve à la même place chaque nouvel examen. Le plus généralement, les phlegmasies péritonéales ont eu les organes génitaux pour point de départ, mais elles peuvent aussi être consécutives à des appendicites, à des coliques hépatiques avec irritation de la séreuse, à des ulcères de l'estomac ou du duodénum. Les troubles, de nature vague, qu'entraînent les adhérences sont souvent pris pour des phénomènes hystériques. On peut employer, comme traitement, les applications réitérées de révulsifs, les émissions sanguines locales; il faut assurer la régularité des selles.

— On sait qu'actuellement on admet que le foie arrête les poisons venant de l'intestin. Des expériences de M. Queirolo contredisent cette manière de voir. Ce médecin est parvenu, chez le chien, à réunir la veine porte à la veine cave, de façon à lancer dans la circulation générale le sang provenant de l'intestin avant son passage à travers la glande hépatique. Les animaux opérés peuvent vivre plusieurs mois sans présenter aucun phénomène morbide, leurs urines ne sont pas plus toxiques que celles des chiens normaux et le sérum provenant de la veine porte n'est pas plus toxique que celui qui est transsudé dans la cavité pleurale. Le foie n'exerce donc pas d'action dépurative sur le sang qui vient de l'intestin, et l'épithélium intestinal, *lorsqu'il est intact*, s'oppose à la pénétration dans les vaisseaux des substances toxiques.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 avril. — Présidence de M. Ferrand

Mécanisme du réflexe rotulien

M. du Cazal (Val-de-Grâce), à l'occasion de la communication de M. Marie sur le réflexe rotulien, rappelle qu'il a présenté en 1890, à la Société de biologie, un malade chez lequel on pouvait se rendre compte, d'une façon parfaite, de la nature réflexe du phénomème. Il s'agissait d'un militaire qui présentait une amyotrophie post-arthritique très prononcée du triceps crural. Ce malade présentait une hyperexcitabilité tout à fait anormale qui se révélait par l'exagération du réflexe rotulien du côté malade. En outre, on provoquait un mouvement synergique dans le membre opposé et aussi un cri réflexe causé par la contraction spasmodique des muscles de la glotte. Or, le centre de ce réflexe est situé dans les parties les plus élevées de la moëlle, dans la région bulbo-protubérantielle; le rapport intime qui reliait ces phénomènes prouvait bien leur dépendance du centre médullaire.

Action des badigeonnages de gaïacol

M. Ferrand lit une note de M. Desplats (de Lille), au sujet des dernières communications sur l'action du gaïacol employé en badigeonnages. Contrairement à ce qu'a observé M. Ferrand, il a obtenu un abaissement de la température en employant le mélange de gaïacol et de glycérine dont se servait ce dernier.

A signaler aussi l'action diurétique de ces badigeonnages, action qui se manifeste ordinairement dès le troisième jour du traitement et qui est dans quelques cas assez intense.

M. Ferrand, qui a plusieurs fois employé les badigeonnages de gaïacol chez des fébricitants, répète qu'il n'a jamais observé un abaissement constant et régulier de la température.

Endocardite végétante expérimentale par streptocoque d'origine salivaire

M. Widal présente, en son nom et au nom de M. Bezançon, le cœur d'un lapin offrant des lésions d'endocardite végétante exactement calquées sur celles de l'endocardite végétante humaine. Sur la mitrale existe une végétation jaunâtre, granuleuse, friable, et dont le volume est celui d'un gros pois.

De petites granulations rouges sont disséminées autour de la grosse végétation ; le cœur dans sa totalité est très augmenté de volume. Le sang puisé dans les cavités cardiaques a donné des cultures pures d'un microbe présentant tous les caractères d'un streptocoque qui avait été inoculé 16 jours auparavant dans le tissu cellulaire de l'oreille.

Ce fait est intéressant aux points de vue suivants :

1° Les conditions dans lesquelles s'est développée cette endocardite sont voisines de celles qu'on observe en clinique. On n'a pas fait à l'animal d'injection intra-veineuse, ni de traumatisme valvulaire préalable. Un streptocoque introduit sous la peau y détermine un érysipèle, qui, au bout de quelques jours entre en voie de guérison. L'animal semblait rétabli, lorsque, 13 jours après l'inoculation, il est repris de fièvre, d'inappétence et meurt en 3 jours. Chez l'homme, l'endocardite infectieuse streptococcique se développe d'une façon tout à fait analogue ; elle apparaît aussi le plus souvent comme deuxième temps de l'infection.

Si l'on considère que l'endocardite à streptocoque est rare chez l'homme, alors que sont si fréquentes les infections par ce même microbe, on conçoit qu'expérimentalement cette lésion ne puisse s'observer que par hasard après l'inoculation d'un grand nombre d'animaux. C'est ainsi que sur plus de 80 lapins inoculés avec des streptocoques de provenances diverses, MM. Widal et Bezançon n'ont observé qu'une fois cette endocardite végétante.

2° Le streptocoque avec lequel l'animal avait été inoculé provenait d'une bouche normale et n'était pas virulent ; inoculé tout d'abord dans le tissu cellulaire et dans les veines du lapin, il n'avait produit aucune lésion. En renforçant sa virulence par association avec une variété de colibacille, MM. Widal et Bezançon sont arrivés à produire une plaque érysipélateuse et une endocardite végétante.

COURRIER

—

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un excellent ami, le docteur Landowski. Médecin très instruit, répandu, aimé de ses clients, Landowski était avant tout un homme de dévouement qui, par un travail acharné, avait réussi non seulement à se faire une situation hors de pair, mais à préparer, à assurer l'avenir des six enfants que son frère lui avait légués en mourant. Cette tâche, qui eût été au-dessus des

forces d'un homme ordinaire, il l'a entreprise au milieu de difficultés inextricables, il l'a poursuivie avec sérénité, sans jamais faiblir, et il l'a si bien accomplie qu'il a pu dire à son lit de mort ces mots que j'ai entendus et qui resteront gravés dans le cœur de tous les siens: « Je suis content, j'ai rempli mon programme. »

Nous savions l'excès de travail auquel il se livrait, mais nous savions aussi la vigueur de sa constitution, et nous voulions croire qu'elle serait toujours égale à son grand courage. Il est mort à 50 ans.

Tous ceux qui l'approchaient ont connu son affabilité, la séduction de ses manières et de sa parole, et garderont de lui un souvenir peu banal. Mais ceux-là seuls qui ont pénétré dans sa vie pourront dire quelle somme d'intelligence, d'énergie, d'abnégation se cachait derrière les succès, en apparence faciles, du médecin et de l'homme du monde.

Ces enfants qu'il avait adoptés, qu'il a conduits, chacun dans sa voie propre, avec un tact parfait, et qui tous ont si bien justifié ses efforts et consolé sa dernière heure, savent quelle perte irréparable ils viennent de faire. Nous envoyons à tous, et en particulier à notre jeune collègue Ladislas Landowski, interne des hôpitaux, l'expression de notre profonde sympathie.

L.-G. Richelot.

— Le dernier mot de l'intervention chirurgicale en manière d'appendicite.

Un tigre d'une ménagerie du Wisconsin fut pris de symptômes qui firent soupçonner l'existence d'une appendicite. Il est regrettable que le journal qui rapporte le fait ne détaille pas les symptômes qui firent porter ce diagnostic.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic posé, l'opération fut immédiatement exécutée. Le tigre fut enchaîné et muselé, et la laparotomie pratiquée montra, dans l'appendice enflammée, l'anneau d'un tube de lorgnette. « Le tigre écumait de rage pendant l'opération », dit l'auteur de la relation.

Cet animal n'avait pas tort de protester à sa manière; pourquoi lui avoir refusé les bénéfices de la chloroformisation? (*Médecine moderne.*)

— On lit dans le *Petit journal* du 19 avril 1894 :

« Berlin. — Le Congrès chirurgical allemand s'est réuni aujourd'hui. Un grand nombre de notabilités médicales de toutes les parties de l'Allemagne et de l'étranger y assistent. Plusieurs importants membres du Congrès ont annoncé qu'ils présenteraient des rapports.

M. le professeur Esmarch a ouvert la séance.

Il a fait un chaleureux éloge du professeur Billroth, mort récemment, puis a proposé de nommer M. Le Fort, vice-président de l'Académie de médecine, membre honoraire de la Société de chirurgie allemande en remplacement du professeur défunt. ».

Ceci se passe de commentaires.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Brissaud.

(Policlinique du mardi)

Sur un cas de sciatique. — Les tics et les spasmes

Messieurs,

Voici une femme âgée de 28 ans, couturière, qui, d'après ce qu'elle nous raconte, est atteinte d'une sciatique double, ce qui donne à son affection un caractère un peu spécial. La sciatique qui passe d'un côté à un autre n'a pas la même signification que la sciatique primitivement double. Cette dernière se voit dans le nervosisme, l'éthylisme, le diabète, dans les affections vertébrales compromettant les racines postérieures, telles que le carcinome vertébral, le mal de Pott.

Chez notre malade, la sciatique a débuté par le côté droit et les douleurs sont apparues il y a 5 ans. Cette durée, j'y insiste dès maintenant, est très rare chez un individu jeune, et chez une femme âgée de 28 ans, elle n'aurait pas dû dépasser un an. D'une façon générale, du reste, les affections nerveuses sont très tenaces chez les individus âgés. La névrite qui entraîne l'herpès zoster, le zona intercostal, est en quelque sorte éphémère chez les jeunes gens ; chez eux elle ne se prolonge guère plus de 10 à 15 jours, et une durée d'un mois est déjà très exceptionnelle. Chez un tout jeune enfant, la névrite peut, pour ainsi dire, passer inaperçue, A 50 ans elle se continue au moins pendant un mois.

Notre malade a eu un enfant il y a 5 mois, mais pas de fausse couche. La sciatique peut parfois succéder à la parturition, au passage difficile de la tête, au détroit inférieur entraînant la compression de l'origine des sciatiques. Parfois il se développe même pendant la durée de la parturition une sciatique temporaire.

Je vous ai dit que cette jeune femme était une couturière. Que fait-elle ? Elle travaille à la machine à coudre depuis 18 ans, et 6 heures par jour. On a déjà observé la sciatique causée par l'usage de la machine à coudre et le professeur Charcot a fait une leçon sur ce sujet, qui a aussi été étudié par plusieurs de ses élèves.

Vous voyez que lorsque cette femme a la jambe pliée, elle ne se plaint de rien ; au contraire, elle souffre quand elle étend le membre. Très souvent lorsqu'un malade atteint de sciatique est couché et que l'on soulève le membre par le talon on provoque une grande douleur ; au contraire, il n'y a pas de souffrances si la jambe est fléchie, même d'une façon forcée ; ce signe serait très justement nommé le signe de Lasègue.

Vous voyez que la marche est facile, ce qui n'est pas toujours le cas.

Si, maintenant, on demande à la malade de localiser exactement l'endroit où elle souffre, elle montre la crête iliaque et spécialement les environs de l'épine iliaque antéro-supérieure ; elle souffre donc dans la région du nerf inguinal externe. Cependant, comme vous le savez, ce nerf vient du plexus lombaire et ses origines sont bien loin de celles du sciatique poplité externe. La malade se plaint aussi de douleurs au niveau du pli de l'aine dans la

région du crural. Ce sont là des associations douloureuses fréquentes dans le cours de certaines sciatiques.

Notre malade, dont la jambe droite a un peu maigri, qui présente des réflexes exagérés, souffre surtout, pendant qu'elle travaille, au-dessous du jarret et au niveau de la malléole externe.

Elle présente, de plus, le point sous-fessier habituel dans la sciatique.

Chez notre malade, l'affection nerveuse s'est produite consécutivement à la manœuvre de la pédale, elle fait aller les deux pédales avec les deux jambes qui exécutent à la fois le même mouvement.

L'atrophie musculaire est relativement peu marquée. Vous savez cependant comme elle est fréquente dans les cas de ce genre. Cette atrophie affecte de préférence les muscles extenseurs. D'une manière générale elle se produit souvent, ainsi que la douleur, par suite de la répétition fréquente d'un même mouvement ; à un moment donné même, au point de vue clinique, l'atrophie finit par l'emporter sur la névralgie.

Les deux affections paraissant évoluer chacune pour son compte, on peut se demander s'il faut dire névrite avec atrophie musculaire ou atrophie musculaire avec névrite. Du reste, cette atrophie musculaire disparaît avec une grande rapidité.

J'ai vu dernièrement un cas curieux d'atrophie des muscles du bras, consécutive à des mouvements fréquemment répétés. Le malade, nourrisseur, battait toute la journée du lait pour faire des fromages, et il racontait qu'il était parfois tellement fatigué le soir « qu'il ne sentait plus ses bras ». Lorsque je le vis, l'atrophie semblait absolument celle qui succède à une lésion radiculaire, et, cependant, il ne s'agissait que d'une lésion d'origine fonctionnelle, ainsi que disait Duchenne (de Boulogne).

Les vélocipédistes peuvent, eux aussi, présenter des atrophies du même genre à la suite d'un usage excessif de leur instrument.

Si, dans une sciatique, la lésion siège tout à fait à la périphérie, il est évident qu'un seul rameau nerveux peut être atteint, mais si elle se rapproche des centres, les irradiations deviennent beaucoup plus fréquentes. Ici, le mal en passant de droite à gauche, a pu intéresser des branches du plexus lombaire, le nerf crural, le nerf inguino-crural. Comme une affection purement nerveuse ne passe pas facilement d'un côté à un autre, il est probable qu'il y a quelque chose sur la ligne médiane, quelque chose sur l'axe nerveux lui-même.

Le traitement de la sciatique est souvent décevant. Tout peut réussir, comme tout peut échouer et vous ne devez jamais promettre au malade qui vient vous consulter, une guérison rapide : c'est pour vous une question de conscience en même temps qu'une question d'intérêt. Tel traitement peut échouer et tel autre réussir sans que souvent il vous soit possible de dire pourquoi et vous êtes parfois conduit à en essayer plusieurs avant de guérir votre malade. Quelquefois le simple passage d'un courant continu, une faradisation superficielle ont des effets remarquables et vous savez les succès qui ont suivi l'élongation du nerf, l'emploi des pointes de feu et des autres révulsifs. Une guérison pour ainsi dire instantanée, peut suivre une pulvérisation de chlorure de méthyle. Ce traitement rappelle tout à fait les cautérisations transcurrentes, que j'ai vues employées par mon maître, Maisonneuve ; il passait, très rapidement et très superficiellement, un fer

rouge le long du sciatique et le malade se relevait parfois guéri, au moins en apparence.

Les bains sulfureux sont excellents, tels qu'on les applique à Luchon, à Aix, à Barèges. Il faut donner deux fois par jour, le matin et le soir, un bain de une heure et demie. C'est là un traitement ennuyeux, mais il donne d'excellents résultats, et c'est celui que nous allons d'abord conseiller à notre malade, mais sans lui promettre qu'il le guérira. Ici, je vous le répète encore, ne faites jamais cette promesse, car il en est du traitement de la sciatique comme de celui des maladies de l'estomac, où tout échoue comme tout réussit.

— Les tics de la face, a dit le professeur Charcot, sont caractérisés par des mouvements systématisés, et reproduisant fort souvent en les exagérant, certains actes automatiques d'ordre physiologique, appliqués à un but. Dans les spasmes cloniques, au contraire, il ne se produit que des mouvements involontaires, qui ne s'appliquent physiologiquement à rien. Cette distinction qui semble nette, est cependant très difficile à faire lorsqu'il s'agit de mouvements convulsifs des muscles de la face.

Le tic, messieurs, est une variété du genre spasme. Or, un spasme se produit consécutivement à l'excitation d'un des points d'un arc reflexe. C'est ainsi que, dans le spasme facial, il y a un point de départ oculaire ; l'œil excité transmet par la voie du trijumeau, la sensation au bulbe et elle se réfléchit sur le noyau de la septième paire qui fait contracter l'orbiculaire des paupières. Souvent le réflexe tend à se généraliser, d'autres muscles innervés par la septième paire se contractent en même temps que l'orbiculaire, et parfois même les contractures gagnent le domaine du spinal.

S'agit-il d'un tic : Le mouvement peut débuter aussi par l'orbiculaire, mais souvent, de plus, la langue vient se placer dans la commissure des lèvres, et une sorte de hoquet laryngé, avec ou sans cri ou mot, montre que non-seulement l'hypoglosse, mais de plus le récurrent et le phrénique entrent en action, qu'il y a excitation de centres indépendants les uns des autres. C'est là la maladie des tics de Gilles de la Tourette, Charcot. Un tic étendu se distingue facilement d'un spasme, mais il n'en est pas de même s'il reste limité à l'orbiculaire et alors le diagnostic devient fort difficile.

L'étiologie des tics et des spasmes est complexe. Dans certains cas ils semblent succéder à des efforts exercés sur la tête d'un enfant pendant l'accouchement. Les tumeurs de la base du crâne ne peuvent donner lieu qu'à des spasmes réflexes. Dans quelques cas on a trouvé des lésions des centres corticaux des mouvements de la face. Les corps étrangers de l'œil, l'oblitération des conduits lacrymaux, les polypes du nez, la carie dentaire sont des causes de spasmes ; il en est de même des affections de l'utérus, des vers intestinaux. Du reste, un spasme peut se transformer en tic.

Les tics se développent chez des individus ayant un état mental bizarre, chez des excentriques, des déséquilibrés.

Le plus généralement les phénomènes présentés par les malades ne permettent pas de distinguer le tic du spasme. Cependant, souvent le tic ne s'accompagne pas de spasme oculaire, les muscles de la face se contractent sans qu'il y ait agitation des yeux; il n'y a là, du reste, rien d'absolu.

En fait, je ne crois pas que l'on puisse distinguer le spasme et le tic quand

l'étiologie ne donne pas de renseignements et que tout se borne à une secousse du facial.

Ce qui distingue cependant essentiellement les deux affections, c'est que le spasme est un acte réflexe sur lequel la volonté n'a pas de prise, tandis que le tic est un acte cérébral cortical pouvant être modifié par la volonté. Le tiqueur peut arriver à se maîtriser s'il a une volonté suffisante. Malheureusement il est loin d'en être toujours ainsi, car ces malades sont des cérébraux, des faibles ; souvent ils résistent quelque temps, puis bientôt ils sont forcés d'exécuter les mouvements de leur tic.

La difficulté de distinguer les tics et les spasmes n'existe pas pour certaines localisations. C'est ainsi qu'il existe une sorte de torticolis mental, sans lésions du spinal ou des muscles, tic dans lequel il y a contraction clonique des rotateurs, des extenseurs de la tête. Vous n'avez qu'à regarder ces malades pour connaître ces variétés de tics.

J'ai déjà dit que le spasme pouvait se transformer en tic ; il en est ainsi chez des malades qui, ayant pris leur spasme sous l'influence d'une lésion transitoire, le conservent et deviennent tiqueurs une fois la lésion disparue.

CONGRÈS DE ROME

—

CHIRURGIE

La chirurgie des viscères abdominaux a tenu une certaine place dans les communications du Congrès de Rome. Nous avons déjà parlé de l'incision transversale dans la *néphrectomie* et il faut aussi mentionner la lecture de M. Pousson (de Bordeaux), *de la néphrotomie systématique dans l'anurie calculeuse.* M. Pousson, avec M. Demons, propose, dans les cas d'anurie calculeuse ayant résisté à tout traitement médical, de pratiquer systématiquement l'incision rénale.

S'il existe un certain nombre d'observations dans lesquelles le chirurgien a ouvert presque à coup sûr le bassinet ou l'uretère pour en extraire le corps obturateur ; s'il est vrai aussi qu'il y en a des cas dans lesquels l'uretère a été mis à nu et exploré, et que cette opération exploratrice a pu devenir curative dans les cas où le calcul a été ainsi découvert, on ne peut cependant nier que ce ne soit là des faits exceptionnels et un diagnostic presque délicat.

L'incision du rein est certainement plus simple, moins périlleuse, et à elle seule peut mettre un terme aux accidents urémiques. En faisant cesser la pression qui, l'uretère étant oblitéré, s'exerce jusque dans l'intimité du parenchyme rénal, elle permet au rein de reprendre ses fonctions avant qu'il soit frappé de dégénérescence. Le spasme de l'uretère cesse, le calcul tombe de lui-même, et s'il ne tombe pas,on peut, les jours suivants, aider sa migration par le cathétérisme rétrograde de l'uretère ou l'attaquer de front par l'urétérotomie dans de meilleures conditions.

3 malades ont été traités de cette façon par MM. Desmons et Pousson et avec le plus grand succès.

— 7 interventions chirurgicales ont été pratiquées par M. Pevgniez (d'Amiens), et toutes pour des *cancers de l'estomac ou de l'œsophage.* 5 fois la bouche stomacale a seule été faite, 1 fois on a eu recours à la pylorectomie et 1 fois à la gastro-enterostomie. C'est, bien entendu, le néoplasme œsophagien qui, chez les 5 malades, a nécessité la gastrostomie et la survie n'a été, dans aucun cas, de plus de 6 mois. Quant à *la pylorectomie*, elle n'a pas empêché la récidive de se produire et de nécessiter une deuxième

intervention moins de deux mois après la première. Comme on le voit, ce sont là des résultats peu encourageants.

L'observation qui suit et qui a trait *à une résection de tout le lobe gauche du foie exécutée en deux temps*, par le professeur Ernest Tricomi, est, certes, très intéressante. On sait qu'aux recherches sur la régénération du tissu glandulaire du foie ont succédé celles sur la régénération d'un seul lobe ou d'une zone étendue du tissu hépatique. Glück a pu enlever chez les animaux inférieurs un tiers du volume normal du foie; Ponfick trois quarts de la glande hépatique, et il a remarqué que l'organe se reproduisait et recouvrait son poids primitif en peu de temps (30 à 40 jours). Von Meister a confirmé ces expériences.

Loreta, Bruns, Ruggi, Vobtz, Fansini, Pozzi, Billroth, Pauzei, Garré et d'autres ont réséqué, depuis, avec succès, les parties du foie affectées de kystes hydatiques.

Bruns, Kusmine et d'autres ont opéré l'ablation de la glande pour hernie de l'organe à travers une plaie pénétrante.

Langenbuch, Albert, Wagner, Lauenstein, Tillmanns, Czerny, Schmidt, Hochenegg et Bastiannelli ont réséqué le foie pour syphilome ou gomme; l'hépatectomie a été faite par Eiselsberg pour carcinome, par Sklifosowski pour un fibromyome lipomateux et sarcomateux, par von Bergmann, Keen, Müller pour adénome, et par Bardeleben pour un sarcome.

Clément, Lücke, Hochenegg et Küster ont eu la hardiesse de réséquer le foie pour un cancer.

Olshausen, en faisant une laparotomie, fut forcé d'enlever une portion du tissu hépatique.

A ces cas, M. Tricomi en ajoute un autre:

Il s'agit d'un garçon de 27 ans qui présentait une tumeur dans la région épigastrique se limitant dans le lobe gauche du foie. Le traitement mixte ne donnant rien; sur l'instante prière du malade, la laparatomie exploratrice fut pratiquée. Elle montra un néoplasme dur, élastique, s'étendant jusqu'au sillon longitudinal gauche. Le lobe qui portait la tumeur put être mobilisée, sortie par la plaie et maintenue luxée dans cette plaie en suturant son bord inférieur. C'était donc une exopexie hépatique à laquelle M. Tricomi ajouta la section de l'espèce de pédicule ainsi formé par un lien élastique. Ce lien se rompit le quatorzième jour, ayant été resserré après chaque pansement et remplacé par un serre-nœud de Maisonneuve; mais la constriction métallique ne fut pas suffisante. Il fallut, le dix-huitième jour, amputer la tumeur et s'opposer à l'hémorrhagie par la cautérisation ignée. Elle pesait 930 grammes et était composée de la façon suivante: A l'examen microscopique, on trouva la partie néoplasique composée de cordons de cellules épithéliales et de tissu conjonctif en abondance; près du tissu hépatique des cordons cellulaires entre-croisés et remplis de cellules cubiques limitées par du tissu conjonctif et du tissu fondamental. Les vaisseaux biliaires et intra-lobulaires étaient en prolifération.

L'auteur se demande si on a jamais extirpé une aussi grande quantité de tissu hépatique; il ne le croit pas, ni nous non plus. Il pense, et avec raison selon nous, que la méthode en deux temps est plus sûre et moins périlleuse que les autres. C'est la seule, du reste, qui puisse permettre de pratiquer une hémostase toujours si difficile dans le tissu hépatique.

Terminons cette revue d'aujourd'hui par la communication de M. Maydl (de Prague) sur une *nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie*. On sait les nombreux procédés imaginés pour donner aux urines leur cours normal: réparation du réservoir urinaire par autoplastie, suppression de ce réservoir, abouchement des uré-

tères dans l'urèthre, et l'on sait combien sont médiocres, il faut le dire, les résultats acquis par une quelconque de ces méthodes.

M. Maydl a imaginé de changer le cours des urines, de ne plus se servir de l'urèthre et d'aboucher ces deux uretères dans le côlon.

Voici comment il procède : il ouvre la cavité péritonéale sur la vessie exstrophiée, et résèque la paroi vésicale, en respectant seulement une portion ovale renfermant les orifices des uretères. Chez la femme, il libère la vessie de l'utérus, et, chez l'homme, sectionne au-dessous des insertions des corps caverneux. Il arrive ainsi à mobiliser complètement la portion de la vessie qui correspond aux uretères, dans lesquels on a préalablement introduit des sondes en gomme, et il a deux pédicules constitués par les uretères, les vaisseaux qui les accompagnent et le tissus conjonctif qui l'enveloppe. Il ne reste plus qu'à attirer le côlon, à pratiquer sur sa convexité une incision et à insérer dans cette incision la portion vésicale pédiculée, en suturant les muqueuses, puis la séreuse intestinale à la musculeuse vésicale. Après réduction dans l'abdomen, on ferme la plaie.

Deux fois cette méthode a été appliquée et avec succès, chez une fille de 14 ans et chez un jeune homme de 21 ans. Ce sont là, comme on le voit, deux beaux cas de guérison ; mais on redoute toujours, dans ces abouchements d'organes dans le tube digestif, les infections ascendantes qui, dans l'espèce, peuvent petit à petit arriver aux reins et y produire des accidents redoutables.

E. R.

MEDECINE

(*Suite et Fin*)

M. Borgherini a constaté souvent l'existence de bruits de souffle cardiaques chez des malades atteints d'une maladie chronique de l'estomac. Dans l'ulcère, mais surtout dans le cancer, on peut trouver un souffle systolique. Chez les dilatés, on peut parfois provoquer expérimentalement l'apparition d'un souffle en introduisant une certaine quantité de liquide dans l'estomac.

VII

M. Tison est très partisan, comme on le sait, de l'emploi de l'*aconitine* cristallisée dans le traitement de l'érysipèle de la face, dont il abrège la durée, diminue la douleur et prévient les complications. On peut la prescrire avec succès dans la névralgie faciale, l'aphonie et les laryngites. La dose quotidienne est de 0,001 milligr. par fractions de un dtxième de milligramme.

— M. Bourget a étudié, à l'hôpital de Lausanne, les résultats donnés par l'*antisepsie intestinale dans l'anémie* ; les malades ne prenaient aucune préparation ferrugineuse et étaient soumis au même régime alimentaire. La seule intervention thérapeutique a consisté dans l'emploi du salol et des lavages de l'intestin. On nota tous les huit jours le poids du corps et les variations de l'hémoglobine et, en même temps, les sulfates préformés et sulfoconjugués étaient dosés exactement. Des 100 observations qu'il a recueillies, M. Bourget conclut que le fer n'est pas indispensable pour le traitement et la guérison de l'anémie ; il est utile, mais on peut s'en passer.

M. G. Vigneri, dans l'*anémie aiguë*, préconise les injections sous-cutanées concentrées de chlorure de sodium. Au lieu d'introduire sous la peau des quantités considérables d'une solution faible de sel, ce qui exige une instrumentation spéciale, M. Vigneri injecte à l'aide d'une seringue de Pravaz dans la région fessière, ou dans toute autre région à tissu cellulaire lâche, 25 à 30 gr. d'une solution tiède à 50 pour 100 de chlorure de sodium. Cette solution, très hygroscopique, attire à elle l'eau des tissus environnants qui est absorbée ; elle pénètre rapidement dans le courant circulatoire, relève la pression sanguine et stimule le cœur.

— M. Baccelli est venu confirmer, une fois de plus, la haute porté des découvertes de Laveran relativement à la malaria. Cependant, il ne pense pas que la fièvre dépende de la présence des hématozoaires dans le sang, et pour lui le microorganisme ne pourrait causer que la cachexie lente et non les accès fébriles. Le globule sanguin, détruit par le parasite, se dissocie et verse dans le sérum des toxines de nature inconnue. Se basant sur ce fait, M. Baccelli pratique, dans les accès pernicieux, des injections intra-veineuses de sel de quinine. Tandis que les injections sous-cutanées de ces sels donnent encore une mortalité de 17 p. 100, les injections intra-veineuses ont, jusqu'à présent, toujours réussi à M. Baccelli.

— Actuellement, de nombreuses théories pathogéniques tentent d'expliquer le développement de l'*éclampsie puerpérale*. La théorie nerveuse est la plus ancienne, mais la découverte de l'albuminurie fit admettre que la cause de la maladie siégeait dans les reins. On fit ensuite jouer un grand rôle aux altérations du foie, et enfin Bouchard admet une intoxication résultant des lésions hépatiques et rénales. La théorie microbienne est la plus récente ; malheureusement, on ne connaît ni les microbes pathogènes ni la porte d'entrée par laquelle ils envahissent l'organisme. Pour M. Vitanza, qui a résumé toutes ces conceptions, la théorie de l'auto-intoxication par insuffisance rénale est celle qui répond le mieux à l'ensemble des faits, et si on intervenait dès les premiers signes de cette insuffisance, on pourrait, dans la majorité des cas, empêcher l'éclosion des accidents.

— M. Hallopeau a insisté sur les caractères classiques du *mycosis fungoïde*. Parfois le tableau est celui des herpitides exfoliatrices, lorsque les poussées érythémateuses ont entraîné une desquamation abondante et en larges lambeaux. La plante des pieds est parfois le siège d'une desquamation généralisée et adhérente qui peut s'accompagner d'excoriations avec exsudations et formation de larges croûtelles, d'où, dans quelques cas, de profondes dystrophies des ongles. Les excoriations peuvent être suivies de la formation de nombreuses tumeurs mycosiques. L'infiltration du derme peut n'être caractérisée que par une induration ligneuse sans érythrodermie et cette induration entraîne parfois le rétrécissement des ouvertures palpébrales, l'élargissement du nez, le renversement de la lèvre inférieure et la production d'un double menton. Les tumeurs mycosiques sont circonscrites par un rebord convexe à contours nettement arrêtés ; souvent elles se renversent sur lui. Ce bord peut lui-même être entouré d'une avéole érythémateuse qui en constitue la zone d'extension. La partie centrale du néoplasme peut rester à l'état de tumeur, ulcérée ou non, saillante ou déprimée ; elle peut s'affaisser complètement, faire place à une cicatrice, se gangréner. Le bourrelet périphérique persistant s'étend souvent excentriquement. La partie ulcérée de la membrane a fréquemment l'aspect de bourgeons charnus, mais sa structure est celle des tumeurs mycosiques. Les adénopathies constantes et rencontrées dans les formes érythémateuses peuvent manquer dans les cas où il n'y a que des tumeurs. L'agent infectieux, cause des tumeurs mycosiques, n'a qu'une activité éphémère mais possède une grande puissance de reproduction.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1894. — Présidence de M. Rochard.

M. Brouardel fait la relation d'une épidémie de typhus qui existe en ce moment à Montbéliard. Cette relation lui a été communiquée par un médecin de la ville. On peut dire qu'actuellement, en France, il y a sur les routes un grand nombre de gens sans

aveu et de vagabonds, qui disséminent le typhus. Les médecins des pays traversés par ces mendiants, n'ayant jamais vu de typhus, n'en font pas le diagnostic, ne prennent aucune mesure prophylactique, et à la suite du séjour des chemineaux dans les prisons ou les asiles, une petite épidémie éclate. On pourrait très facilement empêcher le développement de ces petits foyers. A Mantes, à la prison, le gardien-chef a empêché l'apparition du typhus qui sévissait dans la ville, en désinfectant les vêtements des gens qui entraient et en les forçant à se nettoyer eux-mêmes.

M. Dujardin-Beaumetz signale deux cas de typhus chez des enfants vagabonds, soignés à l'hôpital de la rue de Sèvres.

Des glycéro-phosphates et de leur emploi en thérapeutique

M. A. Robin. La médication par les chloro-phosphates est pleine d'avenir. Elle vise un but de la plus haute importance, puisqu'il ne s'agit de rien moins que d'exercer une action élective sur la nutrition nerveuse. M. A. Robin a été conduit à étudier la valeur des glycéro-phosphates, en constatant que certains neurasthéniques éliminaient par l'urine des quantités considérables de phosphates incomplètement oxydés qui, toutes choses étant égales d'ailleurs du côté de l'alimentation, lui ont semblé provenir d'une diminution exagérée de la lécithine nerveuse. On sait, en effet, que la plus grande partie du phosphate incomplètement oxydé de l'urine se trouve sous forme d'acide phosphoglycérique et que ce corps est l'un des constituants de la licithine, laquelle entre pour une si grande part dans la constitution du système nerveux.

Comme, d'autre part, l'assimilation des phosphates médicamenteux ne s'effectue qu'avec une grande difficulté, M. Robin suppose qu'en fournissant à l'organisme du phosphore en une combinaison organique, aussi rapprochée que possible de celle qu'il affecte dans le système nerveux, on obtiendrait des effets plus marqués avec une élection possible sur l'appareil de l'innervation.

M. Robin a employé les glycéro-phosphates de chaux, de soude et de potasse, isolés ou associés, par la voie stomacale et par la voie sous-cutanée.

Le glycéro-phosphate de chaux, en injections sous-cutanées, à la dose de 0,25, augmente le résidu total de l'urine, l'urée, le coefficient d'oxydation azotée, les chlorures, les sulfates, le coefficient d'oxydation du soufre, la chaux, la magnésie et la potasse. Il ne semble pas avoir d'influence bien marquée sur l'acide urique et il ne fait varier que dans des proportions insignifiantes le phosphore incomplètement oxydé, qu'il tend plutôt à abaisser.

Il exerce sur la nutrition de tous les organes, une puissante accélération et cette accélération prend sa source dans une stimulation particulière de l'appareil nerveux. Les glycéro-phosphates sont les médicaments de la depression nerveuse.

Les injections sous-cutanées, les glycéro-phosphates produisent des effets au moins aussi énergiques que le liquide testiculaire, qui n'agit vraisemblablement qu'en vertu du phosphore organique qu'il contient. Il pourra donc y avoir avantage à les employer à la place de ce liquide, puisque l'on substituerait ainsi un produit défini, dosable, à une préparation incertaine, variable et éminemment altérable. Ces injections seront probablement utilisées dans le traitement des asthénies nerveuses de causes diverses, des albuminuries phosphaturiques, de la maladie d'Addison, de quelques sciatiques, du tic douloureux de la face. Dans l'ataxie locomotrice, les résultats sont plus incertains, et tout paraît se borner à une diminution des douleurs fulgurantes.

Etiologie de la fièvre typhoïde

M. Manouvrier expose les conditions sanitaires de la ville de Valencienne en rapport avec la mortalité de la fièvre typhoïde.

M. Brouardel fait remarquer à ce propos que la communication de M. Manouvrier

montre que, dans les trente dernières années, la mortalité par fièvre typhoïde dans la ville de Valenciennes a varié tous les dix ans. Actuellement Valenciennes occupe le quarante-troisième ou le quarante-quatrième rang parmi les villes que frappe l'endémie typhoïde. Il y a vingt ans, la mortalité typhique y était de 120/00 et atteignait quelquefois 32 au moment des épidémies. L'amenée d'eau potable fit diminuer cette mortalité qui tomba à 9,16. Si elle ne diminua pas davantage, c'est que l'eau pure ne fut pas distribuée dans les quartiers hauts qui continuèrent à faire usage de puits. Or, la ville est sillonnée de canaux irréguliers, sans chasse, allant dans l'Escaut, et dans lesquels on jette les matières fécales. De plus, le canal latéral de l'Escaut a été élevé à 4 mètres au-dessus du niveau du sol de la ville. De là des inondations du sous-sol, très fréquentes, conduisant les impuretés dans les puits, les répendant dans les caves, d'où les habitants les transportent au dehors. On a curé le canaux, construit des égouts, établi un canal de dérivation pour empêcher les inondations et la mortalité est tombée à 3. Ce qui s'est passé à Valenciennes démontre que l'assainissement du sol a donné toute sa valeur à l'amenée d'eau.

Deux arthrotomies du genou chez une hystérique pour extraire 9 épingles introduites volontairement par elle-même

M. MOUCHET communique l'observation d'une jeune fille de 14 ans, entrée à l'hôpital pour une flexion avec rotation en dedans de la cuisse droite. On reconnaît facilement une contracture d'origine hystérique et on constate que la malade présente un certain nombre des signes de la névrose ; elle n'a jamais eu de grandes attaques. L'application sous le chloroforme d'une gouttière plâtrée amène la guérison et la jeune fille quitte l'hôpital. Elle y rentre bientôt, se plaignant du genou qui est gonflé et douloureux à la pression ; la marche et la station debout sont impossibles. En explorant l'articulation, on sent, à la partie externe du cul-de-sac sous-tricipital, comme un corps étranger, mince et allongé. Pressée de questions, la jeune fille finit par avouer qu'elle s'est introduite dans le genou plusieurs aiguilles et ajoute que leur introduction n'a pas été douloureuse.

M. Mouchet fut obligé d'ouvrir la séreuse pour enlever tous les corps étrangers ; il la sutura au catgut et la peau au crin de Florence sans drainage ; la guérison fut obtenue en dix jours.

Trois semaines après sa sortie de l'hôpital, la fille B. se présenta de nouveau avec le genou droit très gonflé et avoua s'être introduit de nouvelles aiguilles. Une nouvelle arthrotomie est suivie du même bon résultat que la première fois.

La malade avait voulu se rendre intéressante et faire parler d'elle.

Le dosage de l'exalgine — M. le docteur Rougon a envoyé à l'Académie une lettre ayant pour but de signaler les dangers de l'administration de l'exalgine sous forme de cachets de 0,50 à la fois. M. Dujardin-Beaumetz partage l'avis de M. Rougon et lorsqu'avec le docteur Bardet, il a introduit, sous le nom d'exalgine, la méthylarétonilide dans la thérapeutique, il a signalé le pouvoir toxique de ce nouvel antithermique analgésique.

Il faut fractionner les doses et ne pas dépasser 25 centigrammes chaque fois.

— Au cours de la séance, M. Bouchacourt a été élu associé par 55 voix contre 10 à M. Azam.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

IV. Dyspepsie avec dilatation de l'estomac

(Seconde enfance ou adolescence)

1° Je commence toujours par aseptiser le tube digestif en donnant :

a) Calomel, 0,10 à 0,30 centigr.

ou la même dose en 10 prises, une toutes les heures jusqu'à effet.

b) Grand lavement d'eau boriquée chaud, à 2 pour 100 tous les jours.

2° Je prescris ensuite à prendre, pendant 8 jours, avant les deux repas principaux :

Teinture de noix vomique......	ââ 5 grammes
Cascarille	
Rhubarbe........................	10 —
Ecorce d'oranges amères.......	20 —
Gentiane........................	20 —

pour un enfant de 7 ans. (J. Simon)

Augmenter ou diminuer suivant l'âge.

3° Pendant les 8 jours suivants, avant les deux repas, un des cachets :

Benzonaphtol...........	ââ
Salicylate de bismuth...	20 centigrammes

Ou si l'enfant est trop petit pour avaler les cachets, un des paquets :

Benzonaphtol...........	ââ
Salicylate de bismuth...	10 centigrammes
Sucre de lait.....	20 —

pour un paquet.

(S'il y a tendance à la constipation, je remplace le salicylate de bismuth par le salicylate de magnésie.)

4° L'enfant fait quatre repas, l'adolescent trois.

a) Le matin soupe ou potage épais, racahout ou même un œuf à la coque avec un peu de pain.

b) à neuf heures, rien aux adolescents, un petit pain avec de la marmelade de fruits ou de bonne confiture aux enfants du second âge.

c) A midi, repas copieux, composé de :

Une viande rôtie ou grillée réduite en purée pour les petits enfants, d'un œuf ou d'un légume en purée et passé, et d'un dessert.

d) Le soir, pour les petits, rien qu'un potage épais et une tasse de lait, pour les grands on ajoutera une viande avec légumes, comme pour le repas de midi, mais en moins grande quantité.

Aliments conseillés : Croûte de pain ou pain grillé, potages épais, (biscottes, purées de lentilles, pois, haricots, pâtes, tapioca, sagou, riz, semoules, arrowroot, farine séchée au four, potage à la reine), viandes de boucherie dépourvues de leurs graisses, bien tendres et convenablement cuites, rôties ou braisées, volailles rôties, poules au riz, jus et purée de viande, quenelles de volailles, gelée, cervelle et riz de veau, poissons bouillis, œufs frais, à la coque, brouillés, pochés, œufs au lait, crèmes, purées de légumes secs passés, les légumes verts très cuits de préférence en purée, pommes de terre à la vapeur, écrasées, fromages frais, compotes de fruits, fruits cuits en marmelade, gelées de fruits, quelques fruits bien mûrs, raisins, pêches, fraises, en rejetant la peau et les pépins.

Gâteaux secs : biscuits de Reims, gaufrettes, biscuits à la cuiller.

Boissons : lait pur ou coupé d'eau de Vals, bière légère, vin blanc ou cognac dans beaucoup d'eau.

Aliments défendus : Aliments gras, beurre en tartine, sauces grasses ou épicées, ragouts, gibier, charcuterie, viande de porc, poissons de mer, coquillages, crustacés, légumes crus, artichauts, radis, salades ; légumes indigestes : betteraves, choux-fleurs, choux, navets, ails, cornichons, oignons, poireaux ; pâtes feuilletées ou mal cuites, brioches chaudes, bonbons, vin rouge, thé, café, vinaigre.

7° Boire peu, 150 à 250 gr. à chaque repas ; manger lentement pour bien mastiquer. Ne rien prendre en dehors des repas.

7° Régulariser les garde-robes au moyen de lavements et de laxatifs légers.

8° Ne permettre aucun travail après les repas, modérer l'étude et la sédentarité. Exercice modéré au grand air.

9° Tub chaud, tiède ou froid le matin, suivi d'une friction sèche sur tout le corps, avec un gant de crin ou de flanelle imbibée d'eau de Cologne, ou mieux de la mixture :

Alcoolat de lavande....	ââ
— de romarin ...	100 grammes
Baume de Fioraventi...	

10° Saison à Plombières, séjour au bord de la mer ou dans les montagnes.

V. Dyspepsie atonique et douloureuse des petits névropathes

1° Donner dans un peu d'eau, avant les repas, dix gouttes de la mixture :

Teinture de belladone.......	2 grammes
Elixir parégorique..........	4 —
Teinture de colombo.........	6 —
— de badiane	8 —

ou un des cachets suivants :

Poudre de belladone........	0 01 centigrammes
Salicylate de magnésie......	0 30 —
Rhubarbe..................	0 10 —

suivi d'une cuiller à soupe ou à dessert de :

Eau chloroformée saturée....	50 à 100 grammes
Eau de tilleul..............	100 grammes
Sirop de fleur d'oranger,....	50 —

3° Même régime que pour IV, en insistant sur les aliments simples, d'où seront par conséquent exclus tous les excitants (vin, café, thé, épices), etc.

Comme boisson : lait ou bière amère légère, pure ou coupée d'eau de Vals, Alet, etc.

4° Même hygiène en insistant sur les promenades et exercices au grand air, la gymnastique et surtout les frictions de la peau.

VI. Dyspepsie avec constipation habituelle

1° Donner avant le repas, dans un peu d'eau, 10 gouttes de la mixture suivante :

Teinture de rhubarbe...........	10 grammes
— de belladone..........	5 —
— de noix vomique......	1 —

(J. Simon.)

ou un des paquets :

Poudre d'yeux d'écrevisses....	1 20 centigrammes
Magnésie calcinée..........	0 15 —
Rhubarbe..................	0 10 —
Noix vomique...............	1 01 —
Pepsine....................	0 05 —
N° 30	

(J. Simon.)

2° Habituer l'enfant à se présenter à la selle tous les jours à heure fixe, et au besoin solliciter la garde-robe au moyen de lavements simples ou glycérinés, suppositoire à la glycérine, etc.

3° Même régime que pour IV, en insistant sur les végétaux frais bien cuits, les fruits cuits ou très mûrs.

(A suivre.) Dr E. Périer.

COURRIER

Congrès de chirurgie. — Sur 367 membres interrogés pour savoir si le Congrès aurait lieu à Lyon, 291 ont voté, 76 se sont abstenus. Il y a eu 216 oui, dont 74 pour Paris,

109 pour la province, 33 pour l'étranger. Ont voté non 75, dont 23 pour Paris, 44 pour la province et 8 pour l'étranger.

Le Congrès de chirurgie aura donc lieu à Lyon.

— L'Assemblée générale de l'Association des médecins du département de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 29 avril à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Ordre du jour : 1° Allocution du président ; 2° Lecture du compte rendu de l'exercice 1893 ; 3° Election d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général ; 4° Renouvellement, par tirage au sort, de la Commission générale.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

Wagons pour accidents. — La Direction des chemins de fer de l'Etat bavarois a fait construire, à la Société de construction de Nuremberg, un certain nombre de wagons dont un sera placé dans chacune des gares principales. Ces wagons sont destinés à être envoyés immédiatement au point où un accident de chemin de fer viendra de se produire. Ils contiennent dix lits pour les blessés, des coffres pour les pensements, instruments et autres accessoires chirurgicaux. Une caisse est spécialement destinée à recevoir une provision de glace. En cas de guerre, ces wagons pourront par leur réunion former un train sanitaire.

— On est unanime à reconnaître qu'il a été à peu près impossible de suivre, à Rome, les débats engagés dans les diverses sections. L'absence de toute indication sur les communications annoncées et la confusion des langues ont fait aux congressistes une situation très difficile.

D'après le *British medical Journal*, les séances auraient gagné si les discussions avaient eu lieu en une seule langue, en *français*, que la plupart des médecins instruits comprennent et parlent couramment.

Mais, puisque malgré leurs phrases sur « l'internationalisme de la science qui n'a pas de patrie », le chauvinisme des médecins ne leur permet pas de suivre l'exemple de la diplomatie, et de faire du français, si clair et si précis, la langue scientifique commune, il faut que les organisateurs du douzième congrès remédient aux inconvénients des « trois langues officielles ».

Qu'ils fassent ce qui a été fait à Londres en 1881. Que les communications, les travaux destinés au congrès parviennent au comité d'organisation assez à temps pour être traduits dans les trois langues, et que chaque congressiste en reçoive avec sa carte un exemplaire imprimé.

Corps de santé de la marine. — M. Girard, médecin de première classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. Seguin, médecin de deuxième classe, a été promu au grade de médecin de première classe.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

La fièvre typhoïde dans les milieux militaires

On sait que la fièvre typhoïde est une des maladies aiguës les plus répandues dans l'armée. A. Marvaud a trouvé que, pendant la période 1875-1890 elle a atteint près de 2 pour 100 des hommes présents ; la mortalité de 1878 à 1890 était de 3 pour 1,000 hommes, de 16 pour 100 des malades. De 1886 à 1890 la mortalité n'est plus, du reste, que de 1,8 pour 1,000 hommes. Dans la population civile, d'après les chiffres de Brouardel et ceux de la statistique sanitaire, la mortalité de 1886 à 1890 a été de 0,72 pour 1,000, de moitié moins forte par conséquent que dans la population militaire.

Etudions maintenant avec Kelsch et Marvaud les différents facteurs pathogéniques de la fièvre typhoïde dans les milieux militaires. C'est là un travail d'un grand intérêt pour l'étiologie générale de la maladie.

1° *Dans les garnisons de l'intérieur.* La fièvre typhoïde est endémique dans les garnisons de l'intérieur, mais les épidémies viennent malheureusement de temps à autre augmenter beaucoup la morbidité et la mortalité. Dans l'épidémie de Nancy, en 1875, observée par Daga, il y eut 100 malades pour 1,000 présents et dans celle qui, en 1889, frappa le 24e dragon à Dinan, 600 pour 1,000. La mortalité peut devenir excessive : à Vincennes, en 1874, il y eut 25 à 26 décès pour 100 malades, 33 pour 100 à Brest et à Amiens en 1876.

Voyons quelles sont les causes invoquées pour expliquer les recrudescences épidémiques dans les garnisons.

Une des premières est l'encombrement sur lequel ont insisté Collin et Dauvé. Citons un exemple : En 1887, le 5e dragon est atteint par une épidémie à Vincennes au moment de l'arrivée des recrues et des territoriaux et l'épidémie dure jusqu'au départ de ces derniers. Le 54e de ligne buvait de la même eau que le 5e dragon, mais était largement caserné ; il n'eut que 2 malades. Comment agit l'encombrement ? On peut dire que c'est, soit en exaltant la virulence du bacille, soit en affaiblissant l'organisme qui n'a plus à sa disposition qu'un air souillé.

Parfois, dans une caserne, l'épidémie ne frappe qu'une seule chambrée et assez souvent cette localisation épidémique se produit au moment de la réfection des planchers. A la caserne Saint-Paul, à Verdun, il y a 5 cas de fièvre typhoïde (et 1 décès) de mars et mai 1885. Les hommes atteints habitaient des chambres séparées donnant sur le même escalier et appartenaient au 57e de ligne. Le 54e de ligne ayant le même casernement, les mêmes eaux, les mêmes latrines, les mêmes exercices, mais dont les hommes passaient par des escaliers différents, n'a pas un seul cas de fièvre typhoïde. Aussi, Salle attribue-t-il la maladie à la réparation d'une des chambrées du 57e et au dépôt des débris au pied de l'escalier. On a, du reste, à plusieurs reprises, trouvé le bacille typhique dans les poussières de planchers. (Tryde, Hammermann, Lhéritier de Chazelles.)

Arnould a publié un travail intéressant sur les cas sporadiques de fièvre typhoïde qui se produisent dans l'armée ; en réalité, il s'agit plutôt de petits

groupes de cas simultanés. Ces toutes petites épidémies n'en ont pas moins une grande importance ; elles entretiennent et revivifient la graine et rendent l'éclosion d'une épidémie très facile si le nombre des individus réceptifs augmente beaucoup par suite d'une cause quelconque, si le milieu extérieur devient plus favorable aux germes, etc. Arnould a insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à rechercher ces cas sporadiques dans des agglomérations que l'on croit indemnes et qui semblent envahies subitement par une épidémie dont on cherche invariablement alors l'origine dans l'eau de boisson.

La fatigue, le surmenage sont un des facteurs humains de l'éclosion de la fièvre typhoïde. C'est là un fait que les médecins militaires ont eu maintes fois occasion de constater. C'est ainsi que des troupes faisant des manœuvres fatigantes de montagne sont atteintes dans des cantonnements dont la fièvre typhoïde était depuis longtemps absente. Dans des observations reçueillies par Lègue, on voit un bataillon alpin présenter un nombre d'autant plus grand de fièvres typhoïdes, d'embarras gastriques et de diarrhées que ses fatigues sont plus grandes; des réservistes viennent participer aux manœuvres de division qui terminent celles du bataillon ; il n'ont pas un seul malade. Franchet a fait des constatations du même genre.

Les observations identiques, et elles sont nombreuses, ne peuvent s'expliquer facilement que si l'on admet avec Kelschs le microbisme latent dans la fièvre typhoïde. L'endémie typhoïde existe dans tous les milieux militaires et ce ne sont pas seulement les quelques hommes qui chaque année dans un casernement un peu considérable sont atteints de fièvre typhoïde ou d'embarras gastriques fébriles qui sont infectés, mais un grand nombre d'autres sur qui la graine ne prend pas mais végète silencieusement dans l'organisme, attendant le moment où la résistance de ce dernier sera diminuée par une cause quelconque (Arnould).

2. *La fièvre typhoïde dans les camps.* La fièvre typhoïde est très fréquente dans les camps et « Partout où les hommes de nos garnisons viennent planter leurs tentes, ils subissent les atteintes de cette maladie ; celle-ci apparaît alors au milieu d'eux, alors même qu'ils occupent des emplacements vierges de toute souillure antérieure ». Il suffira de rappeler les constatations faites aux camps de Compiègne (1841), de Châlons (1887-1864), de Lannemezan (1869), du Pas-des Lanciers (1886).

La fièvre typhoïde, dans les camps, n'apparaît pas après l'arrivée des troupes comme s'il s'agissait de l'éclosion de cas parvenus à la fin de la période d'incubation ou comme s'il y avait transmission par des individus déjà atteints à l'arrivée ; elle se développe au bout de 6 à 7 semaines, lorsque les hommes sont fatigués par les exercices, soumis depuis quelque temps aux influences de la chaleur et de l'encombrement, qu'il y a déjà de nombreux cas de diarrhée et de dysenterie ; puis le sol s'infecte et l'air et l'eau se contaminent. C'est ainsi qu'au Pas-des-Lanciers, l'épidémie débuta un mois après l'ouverture du camp chez des troupes dont les garnisons n'avaient pas d'épidémie typhoïde ; 1/6 de l'effectif fut frappé et la mortalité fut de 7 pour 100 malades (Duchemin).

3. *La fièvre typhoïde dans les armées en campagne.* Sans discuter la question de l'existence ou de la non-existence de la fièvre typhoïde dans les armées des siècles derniers (et il est presque certain qu'elle y faisait déjà ses

ravages) on peut dire qu'actuellement la maladie est devenue habituelle dans les armées en campagne. L'armée américaine, du 10 mai 1861 au 30 juin 1863, sur un effectif moyen de 431,237 hommes, a eu 137,137 cas de fièvre typhoïde simple ou compliquée de malaria dont 31,552 décès. L'armée allemande, du 16 juillet 1870 au 10 juin 1871, a eu 74,205 cas de fièvre typhoïde avec 8,904 décès. Les documents fournis par les médecins militaires allemands permettent de se rendre compte des influences combinées de l'encombrement, du surmenage, de l'infection du sol, de l'air, de l'eau. Tout pendant la guerre tend à rendre l'organisme humain facilement infectable, tout aussi tend à exalter la virulence du bacille ; il n'y a donc à s'étonner que d'une chose, c'est que la fièvre typhoïde ne fasse pas dans les armées en campagne des ravages encore plus grands.

Un grand nombre de faits ont mis en évidence l'importance du méphitisme humain. Sous Paris, les soldats s'entassèrent dans les maisons, les baraques abandonnées et là se développèrent des foyers d'infection d'une intensité extrême, bien plus redoutable que le bivouac.

Même pendant la guerre, les épidémies typhoïdes obéissent aux influences climatiques qui agissent sur elles en temps normal. C'est ainsi que le nombre des typhiques diminua dans l'armée allemande à partir du mois de novembre ; le même fait avait pu être relevé pendant la guerre de Sécession.

4. *Contagion.* La contagion de la fièvre typhoïde est aujourd'hui admise par tout le monde, mais beoucoup de médecins la regardent comme exceptionnelle. En tout cas, elle se produit beaucoup moins fréquemment dans les hôpitaux civils que dans les hôpitaux militaires. Cela tient à ce que, dans les premiers, la plupart des malades ont passé l'âge où l'on est atteint de la fièvre typhoïde ou ont été frappés antérieurement. Laveran a réuni 33 cas personnels de contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux militaires. Kelsch a vu à Batna un malade entrer à l'hôpital et en contagionner un second ; il n'y avait pas eu de typhiques dans l'hôpital depuis deux ans. Arnould, dans l'épidémie de 1891, à Maubeuge, a vu sur 52 personnes employées au traitement de 250 typhoïdiques, 2 médecins et 12 infirmiers, être atteints. Lemoine (hôpital Desgenettes, à Lyon) a incriminé l'usage commun des chaises percées pour expliquer la contagion, il est plus simple d'invoquer la dissémination dans l'air des germes provenant des matières fécales desséchées, la souillure des linges, etc. On a signalé des faits où le port de vêtements ayant servi à des typhiques a pu jouer un rôle dans la propagation de la maladie.

5. *La fièvre typhoïde en Algérie.* — Pendant longtemps, les médecins militaires s'appuyant sur les affirmations de Boudin, et négligeant les enseignements fournis par la clinique et les autopsies, ont admis que la fièvre typhoïde ne se développait que très rarement en Algérie. En réalité, la dothiénenthérie n'a été rare en Afrique qu'au début de l'occupation, alors que l'armée ne comprenait guère que des vieux soldats. Laveran a montré le premier qu'elle était devenue fréquente, et actuellement la fièvre typhoïde est plus meurtrière dans les garnisons de l'Algérie que dans celles de l'intérieur.

En 1890, la morbidité par fièvre typhoïde dans l'Algérie, a été en France de 8,4 0/00, en Algérie de 20 0/00, en Tunisie de 45 0/00, la mortalité étant

respectivement de 1,3, 3,3 et 6,8. L'élévation de la morbidité typhoïde pendant l'été, dépasse beaucoup, dans le nord de l'Afrique, celle qui a lieu dans nos pays et, surtout pendant la saison estivo-automnale, il se produit des explosions épidémiques importantes, coïncidant avec les fièvres intermittentes et rémittentes. En 1885, la morbidité a été de 125 0/00 dans la garnison de Bou-Saada.

A Tunis, à Gabès, à Sousse, la fièvre typhoïde sévit avec intensité et la Tunisie, d'une façon générale, est, comme nous l'avons vu plus haut, plus sévèrement atteinte que l'Algérie.

A. Marvaud a insisté sur l'immunité des troupes indigènes d'Afrique vis-à-vis de la fièvre typhoïde. Tandis que les tirailleurs algériens présentèrent, en 1878, une morbidité typhoïde de 1,5 0/00, cette morbidité était dans les zouaves de 22,2, et dans la légion étrangère de 15,4.

Kelsch, Arnould, Colin, Blanc ont montré que la chaleur était la cause de la plus grande gravité de la dothiénenthérie en Algérie et d'une façon générale, la morbidité typhoïde s'accroît, quand, en Europe, on descend du Nord au Sud.

Les influences de l'encombrement, des fatigues, de l'infection du sol et des casernes, de la souillure des aliments sont les mêmes qu'en France, mais multipliées par l'action du climat. La puissance typhigène de la réunion de la chaleur et du surmenage est souvent des plus nettes. A Sousse, une partie de la garnison reste à marcher et à combattre dans la plaine pendant deux jours par un vent brûlant ; dès qu'elle est rentrée son état sanitaire s'aggrave et deux jours plus tard, 9 typhiques sont portés à l'ambulance, 4 y meurent très rapidement. Le bataillon resté à la garde de la place ne présenta aucune aggravation de son état sanitaire.

Certaines observations prises en Algérie ou en Tunisie semblent bien montrer que la fièvre typhoïde peut se développer par suite de la présence dans le corps de l'homme de microorganismes restant inoffensifs tant que les conditions ne lui sont pas favorables. La colonne Innocenti part de Saada (Sud-Oranais) dans les meilleures conditions militaires pendant la première semaine de mai ; ces conditions restent les mêmes jusqu'à la fin de juin, moment où la fièvre typhoïde débute en plein désert.

La 1re et la 2e brigade de renfort envoyées en Kroumirie partant de Marseille dans un état sanitaire parfait, et elles présentent les premiers cas de fièvre typhoïde le 20 mai, quarante jours après l'embarquement, en pleine forêt, sur un sol non contaminé où l'on changeait de campement presque chaque jour.

6. *Causes d'origine urbaine.* — Les causes qui rendent la fièvre typhoïde si fréquente dans les villes agissent naturellement sur la population militaire, car, comme l'a dit Colin : « Le soldat n'est qu'un réactif, d'une sensibilité malheureusement excessive, qui permet de doser, pour ainsi dire, la salubrité de nos principales villes de garnison et qui, souvent, en accuse le premier les dangers. »

Le rôle de l'eau potable est grand dans la genèse des épidémies des villes et des villages, il est grand aussi dans celle des épidémies de casernes. De 1883 à 1889, sur 70 épidémies tyhoïdes survenues dans l'armée, 37 ont été rapportées à une infection par l'eau, L'installation des filtres dans les casernes prescrite en 1888, a, du reste, entraîné les meilleurs résultats. En

1886-1887, le nombre de cas de fièvre typhoïde était de 6,881 ; en 1887, il était tombé à 3,225. Le chiffre de la mortalité s'abaissait en même temps de 864 à 534, on a vu des villes où la morbidité typhique atteignait une intensité considérable comme à Amiens, par exemple, présenter une notable amélioration de ce fâcheux état dès l'amenée d'eau de source; souvent de petites épidémies de garnison se montrent lorsque l'on substitue de l'eau suspecte ou impure à de l'eau de bonne qualité. Le rôle de l'eau dans la propagation de la fièvre typhoïde que l'on y trouve ou non le bacille typhique est, du reste, admis par tout le monde, et il est inutile d'y insister d'avantage. Mais il faut bien se garder de croire, comme on a trop de tendance à le faire actuellement, que l'eau seule peut être le véhicule du contage et les constatations faites par nos confrères de l'armée montrent d'une façon évidente qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Le sol, l'air, la contagion, ont leur rôle dans la dissémination du microorganisme, et nous avons vu plus haut que le microbisme latent était bien probable, à moins que l'on n'admette la transformation du bacille coli en bacille d'Eberth, transformation qui est loin d'être prouvée.

A Lyon, une épidémie qui sévit dans le quartier de la Part-Dieu se localise dans un seul escadron du régiment de cuirassiers qui occupait la caserne et faisait usage d'une seule et même eau. Dans l'épidémie observée par Arnould à Landrecies, la troupe fut à peu près seule atteinte ; cependant, les habitants faisaient usage de la même eau, et de plus, celle des soldats était bouillie.

L'infection du sol est certaine et ce que nous avons dit plus haut de l'influence du séjour des soldats dans les camps nous dispense d'y revenir. Mais cette contamination du sol existe aussi dans les villes ; nous n'en voulons pour preuve que la si remarquable communication faite par M. Gibert dans une des dernières séances de l'Académie, et relative à la souillure du sol dans la ville du Havre.

Du sol, le bacille peut se répandre dans l'atmosphère, on le comprend facilement. La transmission de la fièvre typhoïde par l'air est actuellement démontrée et le rôle des fosses qui ont reçu des déjections typhiques a été mis en lumière.

Maintenant, faut-il absolument que l'air souillé par les émanations putrides contienne le bacille d'Eberth pour que la maladie se développe ? Le fait est loin d'être prouvé et il y a longtemps que l'on a vu les remuements des terrains chargés de produits organiques, les curages de fosses et d'égouts être suivis de l'apparition de cas de fièvre typhoïde et d'embarras gastriques fébriles, bien que ce soient surtout des ictères, des dysenteries qui se développent dans ce cas. Si l'on admet la probabilité du microbisme latent, l'intoxication putride aura son rôle tout expliqué par la détérioration générale de l'organisme qu'il entraîne.

En fait, ce que nous a montré cette rapide excursion dans le domaine de nos confrères de l'armée, c'est que si la fièvre typhoïde est souvent d'origine hydrique, il n'en est pas toujours ainsi ; il peut y avoir infection par l'air, contagion directe et, de plus, l'influence de l'encombrement, de la fatigue et du surmenage en dehors de toute probabilité de contamination ordinaire met en évidence le rôle probable du microbisme latent.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sauf une communication de M. Kirmisson, on est revenu sur des sujets déjà traités.

Tout d'abord, M. Chaput lit l'observation du malade qu'il a présenté dans la dernière séance guéri par l'extirpation d'un *anévrysme de l'artère poplité*. Puis M. Bazy vient corroborer les idées émises par M. Bouilly dans la dernière séance en ce qui concerne les bons résultats des *opérations anaplastiques* appliquées au traitement des *prolapsus utérins* compliqués de métrite. Il cite deux observations dans lesquelles les malades se sont bien trouvées de ce qu'il appelle le « complet sur mesure » ; mais il pense qu'au curettage, à l'amputation du col, à la périnéorraphie, il est utile d'ajouter l'élytrorraphie.

M. P. Segond prend ensuite la parole pour combattre les idées émises par M. Chaput dans la thérapeutique des *hernies gangrénées*. Ce dernier, comme nous l'avons déjà dit, conclut à la supériorité de la résection intestinale avec entérorraphie sur l'anus contre nature. Ce n'est pas, suivant l'orateur, la formule vraie et prudente à suivre. Trois fois il a pratiqué la résection intestinale, largement, sur une longeur de 6 à 8 centimètres, chez des sujets ayant encore un bon état général. Ces trois opérés sont morts et non par rupture de la suture, non de péritonite, les matières avaient même repris leur cours, mais d'épuisement, de choc, à cause de la longueur même de cette suture. M. Segond pense que chez ces hernieux atteints d'accidents graves et par conséquent toujours plus ou moins déprimés, le coefficient traumatique doit être réduit au minimum. L'anus contre nature, opération simple, rapidement achevée, est donc celle qui convient.

Ce n'est pas que la statistique du chirurgien de Dubois soit merveilleuse; car, sur huit opérés d'anus chirurgical, quatre sont morts au bout de cinq à six jours et les quatre autres après cinq ou six mois ; mais encore n'aurait-il pas obtenu cette survie avec la résection intestinale.

La conduite classique est donc la plus prudente et, plus tard, quand les accidents infectieux sont conjurés, on peut à loisir faire la résection intestinale.

Considérer l'entérorraphie circulaire comme une opération idéale et longue à exécuter est aussi l'opinion de M. Terrier ; mais, pour le chirurgien de Bichat, il existe une autre solution qui vient d'être trouvée par M. Murphy, chirurgien de Chicago, justement présent à la séance. Grâce à des boutons, s'articulant comme ceux des manchetttes, introduits et fixés, tout cela avec la plus grande rapidité, sur l'intestin, M. Murphy a pu réséquer l'intestin, rabouter les deux extrémités dans un laps de temps des plus courts et a ainsi obtenu sept succès sur huit cas.

M. Kirmisson n'a pas l'expérience de cette nouvelle invention, mais il tient à rappeler qu'il trouve l'anus contre nature bien supérieur à la résection, opération trop souvent mortelle par le temps qu'exige sa minutie. Il a soutenu autrefois ces idées contre Trélat, à propos de la thèse de Barette, et depuis elles n'ont fait que prendre plus de pied dans son esprit.

Tel est aussi l'avis de M. Lucas Championnière qui adopte les conclusions de M. Segond, tout en se promettant d'essayer les boutons de Murphy, quand l'occasion lui en sera donnée. Enfin M. Chaput clot cette petite dis-

cussion en soutenant ce qu'il a avancé, bien entendu. Si on craint le choc, nous dit-il, on peut opérer soit avec de l'éther, soit avec de la cocaïne. Les statistiques sont en faveur de la résection intestinale, car elles donnent 80 p. 100 de mortalité pour l'anus contre nature; et encore trouve-t-on une léthalité ultérieure de 30 p. 100 par complications, telles que phlegmon stercoral, dépérissement à cause de la longueur d'intestin enlevée à la digestion, etc., etc.; sans compter les opérés qui meurent au moment où on cherche à fermer l'anus contre nature.

La séance se termine par une communication orale de M. Kirmisson, sur la *cure des fistules trachéales*. Un jeune homme de 19 ans entra dans son service porteur d'une canule qui était dans la trachée depuis 5 ans, on ne sait pas pourquoi. Toujours est-il que M. Kirmisson l'enleva sans causer la moindre gêne au malade, et chercha plus tard à obtenir la communication du conduit aérien avec l'extérieur.

Il se servit du procédé autoplastique décrit par M. Berger, qui consiste à faire une incision circonférencielle à la fistule, à libérer la collerette de peau ainsi obtenue en ne la laissant fixée qu'au bord même de la fistule puis à retourner le bord externe de la collerette en l'enfouissant dans le puits de la fistule, de manière à appliquer des surfaces cimentées l'une contre l'autre, et à fixer le tout par un point de suture. L'opération se termina fort bien. Mais, 24 heures après, le jeune sujet était pris d'accidents asphyxiques qui obligèrent à rétablir l'ouverture, et pourtant la fistule se boucha petit à petit par seconde intention, et l'obturation fut complété pendant un temps assez long, jusqu'à ce que l'opéré contracta une bronchite et ne rompit sa cicatrice dans une quinte de toux. Une seconde petite opération a suffi depuis pour fermer à nouveau l'ouverture.

Cette observation vient à l'appui des faits déjà signalés, qui prouvent que la condition maîtresse dans la cure de ces fistules trachéales est la libération de la peau avec le conduit aérien et sa mobilisation. M. Bazry a employé avec succès un procédé analogue sur un cocher, qui dans une tentative de suicide s'était sectionné le cartilage thyroïde et portait une fistule de cette région.

M. Segond présente une pièce de *varice anévrysmoïdale de la saphène interne* prise pour une hernie, et guérie par l'extirpation et la ligature latérale de la veine.

Eugène Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Recherches sur la rigidité cadavérique. — (Note de M. J. Tissot, présentée par M. Chauveau.)

Deux opinions contraires ont divisé les physiologistes sur la question de la rigidité cadavérique. Les uns, avec Brücke, Kühne, prétendent qu'elle est due à un phénomène chimique, la coagulation de la myosine. D'autres, avec Nysten, Brown-Séquard, la considèrent comme une dernière contraction du muscle, c'est-à-dire comme un phénomène physiologique. Les seuls faits autorisant à soutenir la seconde hypothèse sont les analogies de la rigidité cadavérique avec la contraction musculaire et les faits publiés par Brow-Séquard. Aucune des manifestations vitales essentielles n'a encore été observée

dans les muscles rigides. Les expériences que j'ai faites sur ce sujet m'ont donné les résultats suivants :

1° Les muscles rigides sont très souvent excitables électriquement pendant un temps variable au début de la rigidité et même lorqu'elle est complètement établie. Cette persistance de l'excitabilité est presque constante danstous les cas où la rigidité survient rapidement.

2° Les muscles rigides dont l'excitabilité électrique est perdue peuvent encore conserver leur excitabilité mécanique pendant longtemps.

3° Les muscles rigides qui ont perdu l'excitabilité électrique et mécanique possèdent encore l'excitabilité aux usages chimiques.

Contrairement à ce qui a été dit par plusieurs physiologistes, l'excitabilité des muscles aux agents chimiques (chloroforme, ammoniaque, éther, etc.) persiste beaucoup plus longtemps que l'excitabilité mécanique, et persiste toujours la dernière.

4° Tandis que l'excitabilité électrique décroît progressivement, l'excitabilité du muscle à certains agents croît en sens inverse et atteint son maximum lorsque l'excitabilité électrique disparaît et au moment où le muscle va entrer en rigidité. Pour d'autres agents chimiques, l'excitabilité décroît régulièrement sans atteindre de maximum. C'est une erreur de vouloir déterminer, d'après l'action d'un ou deux agents, comme l'ont fait beaucoup de physiologistes, la conduite desmuscles envers les excitants chimiques en général, et on peut dire que le muscle se conduit différemment avec chacun d'eux.

5° Les muscles tétanisés et fatigués présentent de même une exagération de sensibilité aux mêmes excitants chimiques que les muscles rigides. On l'observe aussi dans les muscles dont les vaisseaux ont été ligaturés pendant un certain temps, et dans les muscles soumis aux causes de dépérissement, contact de l'air, chaleur, dessèchement, etc.

5° La contraction produite dans un muscle rigide par un excitant, même par une faible quantité de vapeurs (chloroforme, ammoniaque), est accompagnée de la production d'un courant d'action du muscle. Elle est aussi accompagnée d'un dégagement de chaleur, comme la contraction musculaire normale.

7° Les muscles rigides suspendus dans l'air absorbent de l'oxygène et exhalent de l'acide carbonique.

8° J'ai pu déterminer, mais dans deux cas seulement, l'apparition de la rigidité dans un gastrocnémien de grenouille par une seule excitation électrique intense, un peu avant le moment où le muscle perd son excitabilité électrique. Je n'ai pas encore pu déterminer les conditions dans lesquelles ce phénomène se produit.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

L'action antipyrétique du gaïacol. — M. Gilbert a étudié l'action antipyrétique du gaïacol sur la température des tuberculeux fébricitants, en se servant du gaïacol cristallisé obtenu par synthèse. Le gaïacol a été liquéfié par la chaleur au moment de l'emploi, et étendu avec un pinceau sur la poitrine ou sur la cuisse, puis recouvert de taffetas gommé. M. Gibert n'a pas étendu sur la peau plus de 1 gr. 50 du médicament. Le gaïacol abaisse presque toujours, mais non constamment, la température. L'abaissement atteint son maximum trois heures après le badigeonnage et est, à ce moment, de 1° à 1°5. Plus tard la température se relève quelquefois brusquement, le plus souvent progressivement et il se produit un grand frisson. Généralement la température a repris

son taux habituel, entre la cinquième et la septième heure. Le relèvement thermique peut être excessif et il n'est pas rare de voir la température s'élever, puis se maintenir pendant plusieurs heures à un demi-degré ou un degré au delà des limites ordinaires. Il y a donc des cas où l'hyperthermie réactionnelle qui succède à l'abaissement de la température ne laisse aucun bénéfice au malade. Le gaïacol impur amène un abaissement thermique un peu moindre et l'hyperthermie consécutive est plus fréquente et plus accusée. Le créosol, employé en badigeonnages, se montre, dans la plupart des maladies, antipyrétique comme le gaïacol. On peut en appliquer sur la peau 2 grammes sans inconvénients.

Mécanisme de l'hyperglycémie déterminée par la piqûre diabétique. — M. Kauffmann. — Lorsque l'on sectionne les filets nerveux qui se rendent au foie et au pancréas en venant du ganglion solaire, il n'y a plus d'hyperglycémie à la suite de la piqûre diabétique et de l'administration des anesthésiques. La section isolée des nerfs du foie ou celle des nerfs du pancréas n'empêche pas l'hyperglycémie de se produire sous ces influences. Donc, l'action créée dans les centres nerveux sous l'influence de la piqûre diabétique et des anesthésiques est transmise simultanément au foie et au pancréas. On peut donc admettre que le foie reçoit une action excito-sécrétoire pour la sécrétion du sucre et le pancréas une action fréno-sécrétoire pour sa sécrétion interne. Dans le travail glycoso-formateur, le foie est le moteur et le pancréas le frein ; il en résulte que le travail s'accroît quand le frein pancréas cesse d'agir, tandis que le moteur foie agit plus vigoureusement. La glycosurie, qui succède à l'hyperglycémie, est toujours causée par la suppression plus ou moins complète de la sécrétion pancréatique interne. L'extirpation du pancréas, les altérations profondes de cet organe, les influences nerveuses exerçant une action frénatrice puissante sur la fonction sécrétoire interne de la glande produisent l'hyperglycémie et la glycosurie. Il est donc facile de comprendre comment le diabète se développe à la suite de lésions variées de l'encéphale, du bulbe, de la moelle, du sympathique, du pancréas et du foie ; on peut s'expliquer aussi la production des diabètes réflexes, émotifs, etc. Toutes ces actions aboutissent à la suppression de la sécrétion interne du pancréas.

— M. Thiroloix a pratiqué l'extirpation du pancréas chez des chiens à jeun depuis plusieurs jours ; les animaux ne deviennent pas glycosuriques si on ne les alimente pas, mais le sucre apparaît dans l'urine dès qu'on leur donne un peu de viande. Cette glycosurie disparaît par le jeûne. Par l'alimentation féculente, la glycosurie devient définitive.

Epilepsie modifiée. — M. Chouppe a observé une épileptique dont les attaques, sous l'influence d'un long traitement par le bromure, ont été peu à peu remplacées par des vertiges s'accompagnant d'une abondante miction involontaire ; cette dernière peut être le seul signe de la crise.

Myélite expérimentale par toxine diphtéritique. — MM. Enriquez et Hallion ont pu provoquer des myélites expérimentales par des injections sous-cutanées de toxines diphtéritiques. Il se produit des congestions, des hémorrhagies et des foyers de myélite ; ces dernières consistent essentiellement en une sclérose névralgique avec destruction des fibres nerveuses. Le processus semble être d'origine vasculaire.

Altération de l'œil dans les maladies infectieuses. — M. Berger a remarqué que, chez les typhoïdiques, la surface du globe oculaire se desséchait habituellement dans le deuxième septenaire. Cette sécheresse du globe est causée par une parésie des nerfs secréteurs de la glande lacrymale et des autres glandes versant leur sécrétion dans le cul-de-sac conjonctival, parésie due à l'action des toxines. Lorsque la diminution de la sécrétion lacrymale est très accentuée, il se produit des félures de l'épithélium cornéen. Ces félures sont les portes d'entrée d'organismes pathogènes, surtout pyogènes.

Le microbe de l'éclampsie puerpérale. — Pour MM. Rapin et Monnier, le microbe de l'éclampsie puerpérale est un bacille enflé à ses deux extrémités que l'on trouve dans les urines et, à l'autopsie, dans les taches ecchymotiques du foie.

Pathogénie de la grippe. — Pour M. Jarron, qui a envoyé une note qu'a présenté M. Charrin, le microbe de la grippe est bien celui qu'ont décrit Tessier, Roux et Pittion. Il se cultive facilement et, injecté aux lapins, provoque chez ces animaux de l'inappétence, de l'abattement et enfin la mort. M. Charrin insiste sur ce fait qu'un grand nombre de microbes, lorsqu'on les inocule aux animaux, produisent de l'hyperthermie, de l'anorexie, de l'albuminurie, etc. Pour admettre qu'un microbe cause réellement une maladie donnée, il faut pouvoir créer un état préparatoire, provoquer des phénomènes spéciaux, etc.

Rôle du foie dans la formation de l'urée. — De recherches poursuivies par M. Kaufmann, il résulte que la formation de l'urée n'est pas entièrement localisée dans le foie et que tous les tissus en produisent une certaine quantité. La production de l'urée est liée aux phénomènes de nutrition qui s'accomplissent dans les tissus et aux phénomènes d'élaboration et de préparation des matériaux nutritifs déversés incessamment dans le sang par la glande hépatique.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant

Faut-il appliquer la méthode de Brand dans la fièvre typhoïde chez l'enfant ? Oui, répond l'École de Lyon. A Paris, la plupart des médecins sont moins audacieux; cependant Comby conseille les bains froids à partir de 5 à 6 ans : donner au moins, dans les 24 heures, 3 ou 4 bains à 25°; s'il y a de l'hyperthermie, des phénomènes ataxo-adynamiques, donner des bains à 20° toutes les 3 heures pendant 10 à 15 minutes quant les enfants ont atteint 8 ou 10 ans, réagissent bien, se réchauffent facilement après le bain; suspendre en cas d'hémorrhagie intestinale ou de complication broncho-pulmonaire.

Marfan réserve les bains froids aux formes graves ; le bain doit être d'abord donné à 22°, et refroidi à 20 ; puis on le donne à 20, et on le refroidit jusqu'à 18. Durée, 3 ou 4 minutes, affusions froides sur la tête. Retirer l'enfant dès qu'il commence à frissonner. S'il se produit de l'apnée, retirer l'enfant de l'eau, le frictionner, faire des tractions rythmées de la langue. Après le bain, envelopper l'enfant dans une couverture de laine et donner des boissons chaudes. Renouveler le bain dès que la température rectale dépasse 37°, en commençant à le prendre 3 heures après la précédente immersion. Marfan emploie les bains froids dans tous les cas sérieux, quel que soit l'âge de l'enfant.

Le Gendre n'a recours aux bains froids à 20° toutes les 3 heures que dans les cas très graves.

En tout cas, si l'on se décide à baigner le petit malade, on n'oubliera pas que le collapsus est toujours à craindre.

L'enveloppement dans le drap mouillé donne d'excellents résultats ; on peut le renouveler toutes les deux ou trois heures, chaque enveloppement durant 20, 30 minutes, une heure et même plus, selon les résultats obtenus.

Si, pour une raison quelconque, les bains froids ou les enveloppements mouillés ne sont pas employés, que faire ?

1° Commencer le traitement par un purgatif (sulfate de magnésie ou de soude) que

l'on répètera tous les trois jours ou administrer le calomel à dose purgative et lui substituer ensuite les purgatifs salins.

2° Naphtol B.............. } ââ 2 gr. 50
Salicylate de bismuth.,... }

divisés en 10 paquets, un toutes les deux heures dans du pain azyme ou du lait chaud ou une cuillerée de potion Todd, selon l'âge de l'enfant. S'il y a constipation, remplacer le salicylate de bismuth par le salicylate de magnésie. Si la diarrhée est modérée, ne donner que le naphtol.

Ou dans les cas moyens, benzinaphtol, 1 à 3 grammes associé de salicylate de bismuth ou de magnésie.

3° Un lavement antiseptique froid, matin et soir, eau boriquée à 4 pour 100.

4° Dès le premier jour, huit bains par jour, jusqu'à ce que la température ait atteint 37°5. Au moment où on met l'enfant dans le bain, la température de l'eau doit être de 2° au-dessous de celle du malade; puis on abaisse de 1° toutes les dix minutes, par addition d'eau, jusqu'à ce qu'on ait atteint 30°. C'est le bain de Bouchard.

5° Le soir, vers les 5 ou 6 heures, chlorhydrate de quinine par fractions, de demi-heure en demi-heure, de 0,50 à 2 grammes selon l'âge. A partir de 5 ans, 1 gramme à 1 gr. 50 suffisent généralement.

6° Exécution rigoureuse des prescriptions hygiéniques classiques, alimentation liquide, boisson abondante en petite quantité à la fois.

(Combinaison des pratiques de Bouchard, Legroux, Legendre.)

Pratique de Marfan dans les cas légers :

1° Deux fois par jour un mélange parties égales de sulfate de quinine et de benzonaphtol ou de bétol, à doses variables selon l'âge : à 6 ans, par exemple, 0,40 de chaque en 24 heures

2° Tous les deux jours, demi-verre d'eau de sedlitz.

3° Tous les jours, un grand lavement avec de l'eau bouillie froide. Nettoyer soigneusement la bouche, les narines, la peau ; donner des bouillons, des potages, du lait, de la limonade vineuse.

Accidents cardiaques: Injections sous-cutanées de caféine, digitale tous les trois jours; injection de sulfate de spartéine.

Congestion pulmonaire : Ventouses sèches, enveloppements froids du thorax.

Hémorrhagie intestinale : Immobilité, opium, glace sur le ventre.

Péritonite : Même traitement et suspendre l'alimentation buccale.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — M. Cornil, sénateur, professeur à la Faculté de médecine est nommé commandeur de la Couronne de Roumanie.

Le ministre de la guerre vient de décerner une médaille de bronze à M. Fouquet, étudiant en médecine, en récompense du zèle et du dévouement dont il a fait preuve pendant les épidémies de scarlatine et de fièvre typhoïde qui ont sévi en 1893-1894 sur la garnison d'Evreux.

— Les candidats du Bureau central (médecine), admissibles aux épreuves définitives, sont : MM. Thoinot, Darier, Dalché, Capitan, Girode, Vaquez, Launois, Barbier, de Gennes et Florand.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 avril 1894, la chaire de zoologie et de physiologie animale, près la Faculté des sciences de Lyon, est déclarée vacante.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Barbé (Henri-Antoine) est institué aide d'anatomie.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Bolot, suppléant, est chargé d'un cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Charbonnel-Salle.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Devaux, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 8 mai et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine, au laboratoire de tératologie, à l'École pratique de la Faculté de médecine (bâtiment du Musée Dupuytren).

M. le docteur Armand Delpeuch, médecin des hôpitaux, est nommé médecin du lycée Saint-Louis.

— M. Louis Martin, interne des hôpitaux, est nommé préparateur de microbie technique au laboratoire de chimie physiologique, dirigé par M. le docteur Roux, à l'Institut Pasteur.

Concours pour deux places d'accoucheurs des hopitaux. — Le jury tiré au sort est composé de la façon suivante : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Champetier de Ribes, tous les trois accoucheurs, et qui accepteront certainement, comme chirurgiens et médecins, MM. Duplay, B. Anger et Rigal, dont on ne connaît pas encore la décision.

— La Conférence des avocats de la Cour de Paris a discuté lundi dernier la question suivante :

Le médecin qui, en voulant expérimenter une nouvelle méthode curative à l'insu de son malade, a occasionné sa mort, peut-il être poursuivi pour homicide par imprudence ?

La Conférence a adopté la négative.

— M. Georges Berry a déposé à la Chambre une proposition tendant à dégrever de la patente les médecins pour les locaux où ils donnent des consultations gratuites.

— La discussion sur le projet d'assainissement de la Seine a commencé hier à la Chambre. M. le docteur Amodru, député d'Etampes, a pris la parole contre ce projet.

— Les élèves du lycée supérieur de Tokio sont divisés en plusieurs sections, dont l'une qui compte plus de 100 élèves, comprend les futurs étudiants en médecine. La langue principale qu'ils étudient est l'allemand, la Faculté de médecine étant entre les mains de professeurs allemands ; mais ils apprennent aussi une langue accessoire qui, jusqu'à présent, était l'anglais. Or, ils viennent de demander à l'administration de leur accorder désormais, comme unique langue accessoire, le français, en déclarant qu'à leur avis Pasteur et Charcot n'avaient pas d'égaux en Angleterre et qu'ils tenaient à pouvoir lire les œuvres de ces deux savants. L'administration a consenti. (*Le Temps*)

— Les élèves de M. le docteur Pozzi lui offrent un banquet à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur. Ceux d'entre eux qui n'auraient pas été prévenus par lettre spéciale et qui désireraient y assister sont priés d'envoyer leur adhésion à ses internes actuels. Le banquet aura lieu samedi prochain 28 avril, à sept heures et demie, chez Lapeyrouse, quai des Grands-Augustins.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

—

A propos du Congrès de chirurgie

Le scrutin relatif à la question du transfert à Lyon, pour 1894, du Congrès de chirurgie est aujourd'hui clos, et les résultats en ont été communiqués officiellement par le conseil d'administration dans sa séance publique du 25 mars.

A une très forte majorité, les membres du Congrès se sont prononcés pour le transfert, et c'est un résultat tout à fait remarquable, un peu inattendu de quelques-uns. Le conseil d'administration peut réellement se féliciter d'avoir proposé aux suffrages de l'assemblée une question si opportune.

Ce qu'il faut surtout remarquer, c'est l'empressement de tous les membres à participer au vote. Sur 366 membres (1), il y a eu 295 suffrages. 71 seulement se sont abstenus, et encore, sur ce nombre, il en est quelques-uns décédés ou malades, quelques autres que l'éloignement a mis dans l'impossibilité de répondre à temps.

On peut donc dire que le Congrès tout entier s'est intéressé à cette question. Le dépouillement des votes a présenté quelques particularités intéressantes.

Et d'abord sur les 295 votes, 219 se sont prononcés pour le transfert, 76 contre.

Paris a donné 97 voix, dont 74 oui et 23 non; la province 155, dont 110 oui et 44 non ; l'étranger 44, dont 35 oui et 9 non.

On voit donc que partout la majorité a été pour Lyon ; en ce qui concerne Paris, malgré les prévisions pessimistes de quelques-uns, la presque unanimité des chirurgiens des hôpitaux s'est prononcée pour Lyon, et nous ne pouvons que féliciter le corps des hôpitaux de l'esprit qu'il a su montrer en cette circonstance.

Que reste t-il maintenant à faire au conseil d'administration? faire réussir le premier Congrès provincial de l'association et montrer que les Congrès de chirurgie, qui ont toujours bien réussi à Paris, peuvent également réussir dans une ville comme Lyon.

Le secrétaire général va avoir une tâche périlleuse à remplir ; nous croyons savoir qu'il est sur le point de partir à Lyon pour organiser le comité local. Nous le félicitons bien sincèrement du dévouement qu'il met au service du Congrès. Nous espérons qu'il ne fera regretter à aucun membre la détermination faite et qu'il fera oublier par une excellente organisation, la mauvaise impression qu'ont rapporté de Rome, à cet égard, les congressistes français.

Nous tiendrons, d'ailleurs, nos lecteurs au courant des dispositions que prendront le comité central et le comité lyonnais, pour assurer au Congrès de Lyon le succès qui lui est dû.

(1) Nous donnons les chiffres officiels qui nous ont été communiqués par le secrétariat général ; quelques erreurs s'étaient glissées dans notre dernier courrier.

Détail piquant et de nature à rassurer les gens qui pourraient redouter, dans un avenir prochain, des demandes semblables à celles des chirurgiens lyonnais. La majorité des chirurgiens de Bordeaux s'est prononcée contre le déplacement.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le choléra de Lisbonne. — L'étiologie de la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine. — Inauguration du monument de Durand-Claye

L'événement le plus important de la quinzaine est l'apparition du choléra à Lisbonne. Il y a plus d'un mois qu'il y règne, mais l'administration portugaise a, dans le principe, dissimulé son existence. On a d'abord parlé de cas de cholérine ; on a dit que la maladie ne frappait que les personnes qui buvaient de l'eau de mauvaise qualité. En définitive, il a bien fallu reconnaître qu'il s'agissait d'une épidémie de choléra et qu'elle avait été importée par un navire marchand venu des îles du Cap-Vert. L'association des médecins de Lisbonne s'est réunie le 25 avril ; les membres présents, au nombre de 80, ont signé un rapport dans lequel ils déclaraient que la maladie qui règne dans la ville est le choléra morbus et proposent un certain nombre de mesures pour enrayer la marche de l'épidémie.

L'Espagne, qui a été si cruellement éprouvée par le fléau, s'est préoccupée, dès le début, de son apparition dans un pays qu'elle entoure de trois côtés. Elle a délégué le docteur Montaldo pour faire une enquête à ce sujet. Dans les premiers jours, la censure portugaise a arrêté ses dépêches ; mais, enfin, son rapport est parvenu par la voie du consul général d'Espagne. Il affirme l'existence du choléra à Lisbonne et porte le nombre des cas à 200 ou 225 par jour.

Cette épidémie, si l'on en croit les renseignements très incomplets donnés par les journaux, serait d'une grande bénignité. Le gouvernement français n'a reçu aucune information et n'a pris aucune mesure.

L'Espagne, au contraire, n'avait pas attendu le rapport du docteur Montaldo pour établir une inspection sanitaire à la frontière. Des postes sont créés à Badajoz, Tuy et Valence d'Alcantara. Les provenances de tous les ports du littoral sont déclarées suspectes, dans un rayon de 175 kilomètres de Lisbonne. Les voyageurs du Sud-Express sont mis en observation et soumis à des fumigations à Valence

— La fièvre typhoïde a fait encore les frais des trois dernières séances de l'Académie de médecine ; mais cette fois les eaux de la Vanne et l'épidémie de Paris n'y ont été pour rien. La question des eaux de la Vanne est maintenant enterrée, et, malgré tous les efforts de la commission permanente des épidémies, on n'est pas arrivé à une certitude sur les causes de leur contamination. Il restera toujours à cet égard une arrière-pensée dans l'esprit des hygiénistes. Quant à l'épidémie de Paris, on peut la considérer comme terminée, bien que le chiffre des décès reste encore assez élevé comparativement à ce qu'il était auparavant. M. Bucquoy devait en retracer la marche à la dernière séance de l'Académie, mais l'ordre du jour était trop chargé pour qu'il ait pu obtenir la parole, et sa communication a été remise à la prochaine fois.

Dans les séances précédentes, la question a été portée sur un autre ter-

rain. M. Gibert (du Havre), avec son indépendance habituelle et son autorité incontestée, est venu combattre à la tribune l'étiologie généralement adoptée au sujet des maladies infectieuses, de la fièvre typhoïde en particulier et soutenir qu'au Havre, où cette maladie fait chaque année 16 victimes sur 10,000 habitants, qui marche au sixième rang sous ce rapport parmi les 197 villes de France ayant régulièrement fourni leur statistique des décès depuis six ans, ce n'est pas aux eaux potables, mais à l'infection du sol qu'il faut attribuer les ravages de cette maladie.

Appuyant son argumentation sur dix-années de recherches, M. Gibert a déposé, sur le bureau de l'Académie, la statistique par rue des décès causés au Havre par les maladies infectieuses ; il a fait distribuer une série de cartes où chacune d'elle a son tableau, et, arrivé à la fin de sa démonstration, il a conclu en ces termes : « Le Havre est décimé par la fièvre « typhoïde et notre sol n'est pas assaini, et nos maisons ne sont pas drai- « nées ; nous n'avons pour nous que deux éléments de salubrité : De l'eau « pure et du lait d'une pureté inconstestable. »

Il était impossible d'attaquer d'une manière plus directe l'étiologie hydrique de la fièvre typhoïde ; aussi M. Brouardel qui est, comme on le sait, le défenseur attitré de cette doctrine et qui a été envoyé au Havre lors de la dernière recrudescence épidémique de cette maladie, M. Brouardel, dis-je, ne pouvait pas laisser sans réponse une attaque dirigée contre sa théorie favorite, par un hygiéniste de cette valeur. Aussi a-t il pris la parole à la séance suivante, pour donner lecture d'un travail aussi remarquable par la richesse des documents que par la forme serrée de l'argumentation. L'*Union médicale* a rendu compte des discours de MM. Gibert et Brouardel (1). Il n'y a donc pas lieu de les analyser de nouveau ; il s'agit, d'ailleurs, d'un cas particulier, d'une ville au sujet de laquelle les deux orateurs ont fait, sur les lieux, une enquête d'une durée inégale mais d'une égale sincérité. En présence des assertions opposées d'hommes aussi bien renseignés, il est impossible de se prononcer; ce sont des questions de fait ; mais il est indispensable d'extraire de ce débat les renseignements qui peuvent servir à élucider la question toujours pendante de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

J'ai toujours pensé qu'on se montrait en général trop exclusif en pathogénie, surtout lorsqu'il s'agit de maladies infectieuses. Depuis qu'on a reconnu leur origine microbienne, on a cessé de regarder au-delà ; il est certain pourtant qu'il faut tenir compte de leur degré de virulence, de leur mode de pénétration dans l'organisme et du degré de résistance que lui oppose celui-ci. Dans le cas particulier qui est en discussion, pourquoi ne pas admettre que le bacille d'Eberth peut provenir du sous-sol aussi bien que des eaux potables ?

Cette dernière étiologie est appuyée sur des preuves si nombreuses qu'il n'y a pas à la mettre en doute. Parmi les centaines d'observations qui la démontrent, il y en a qui ont la valeur d'expériences de laboratoire. C'est évidemment la source la plus habituelle de propagation de la fièvre typhoïde. Est-ce la seule ? On ne peut pas l'admettre sans saper dans ses fondements l'édifice tout entier de l'hygiène contemporaine. S'il suffit de

(1) Voyez l'*Union médicale* du 12 avril, n° 42, p. 502, et du 19 avril, n° 45, p. 536.

boire de bonne eau pour se bien porter, il est parfaitement inutile de s'occuper de l'assainissement des villes, de la propreté des rues, des maisons et des personnes ; les cloaques ne sont plus en cause ; le buveur d'eau limpide peut braver la puanteur des égouts, les émanations des fosses d'aisances, avec autant de désinvolture que ces paysans de Normandie qui ne boivent que du cidre et de l'eau-de-vie et qui se mettent à rire quand ils voient les médecins s'occuper de l'eau des puits. Personne, je me hâte de le dire, n'a dans la pratique, montré cet exclusivisme, et M. Brouardel a, plus que personne, combattu pour l'assainissement des villes dans lesquelles les épidémies l'ont appelé. Il a beaucoup fait pour le futur assainissement de Marseille et de Toulon ; il existe même un plan de lui relatif aux travaux à exécuter dans les sous-sols de cette dernière ville pour en combattre l'infection. Il a émis les mêmes vœux pour la ville du Havre, ainsi que le prouve les conclusions de son rapport, approuvées le 12 août 1889 par le comité consultatif d'hygiène et qu'il a rappelé au cours de son argumentation.

M. Gibert, de son côté, est loin de nier qu'on puisse contracter la fièvre typhoïde en buvant de l'eau contaminée ; il soutient seulement que ce n'est pas ainsi qu'elle se propage au Havre et nous ne pouvons pas, comme nous l'avons dit, trancher ce différend ; mais, puisque les deux orateurs sont d'accord sur la nécessité de faire disparaître les causes d'infection qui existent dans le sous-sol, nous ne pouvons que nous associer à leurs désirs et il faut espérer que la ville du Havre, si riche, si bien administrée, qui possède le premier bureau d'hygiène de France, avec M. Gibert à sa tête, ne tardera pas à donner satisfaction à des vœux si ardents et si bien motivés.

M. Manouvriez (de Valenciennes) est à son tour venu apporter son tribut d'observations dans la grave question qui s'agitait. Depuis trente ans, il suit la marche de la fièvre typhoïde dans la ville qu'il habite. Il a vu le nombre des cas diminuer à la suite d'une amenée d'eau faite en 1864, puis ce chiffre s'abaisser d'une quantité nouvelle à la suite du curage des égouts et du creusement d'une dérivation du canal latéral de l'Escaut. La ville de Valenciennes, jadis ravagée par la fièvre typhoïde, est maintenant arrivée au quarante-quatrième rang sur la liste des 197 villes de plus de 10,000 habitants dont M. Brouardel a fourni la liste. Cela prouve qu'il ne faut pas être exclusif, que la pureté des eaux et l'assainissement du sous-sol sont également nécessaire à la salubrité des villes, et c'est ce que nous avons dit en commençant.

— Le monument élevé à la mémoire de Durand-Claye a été inauguré ce matin, à dix heures, en présence d'une foule très nombreuse. Tous ses vieux amis étaient là groupés autour de sa veuve, de la compagne de ses travaux, de celle que nous avons vue à ses côté dans tous nos congrès et dont six années de deuil n'ont pas apaisé la douleur. Notre souvenir se reportait vers ce passé, déjà si lointain, pendant que les représentants les plus autorisés de l'administration et de l'hygiène venaient tour à tour rendre hommage au dévouement, au talent, à l'infatigable énergie de celui que nous regrettons, sur le terrain même de ses expériences et de ses travaux, dans

cette commune de Gennevilliers où il a démontré, de la façon la plus irréfutable, l'innocuité et les bienfaits de l'épandage (1).

Cette cérémonie est arrivée à son heure. Les Chambres vont voter, l'emprunt que la ville de Paris demande à contracter pour compléter son assainissement ; les compagnies de vidanges, les dépotoirs, les usines où l'on fait cuire les matières fécales pour en extraire le sulfate d'ammoniaque, toutes ces industries qui empestent Paris, se sont liguées pour mener une dernière campagne ; les journaux qui sont à leur solde brûlent leurs dernières cartouches pour la défense de cette triste cause ; il est consolant de voir les représentants des pouvoirs publics, les défenseurs désintéressés de la santé des populations, réunis dans une pensée de reconnaissance autour du monument élevé à la mémoire d'un des hommes qui ont le plus fait pour la cause de l'épandage.

Les journaux avaient annoncé une contre manifestation ; on dit même que c'est la raison qui a empêché les ministres de se rendre à la cérémonie. Rien de semblable ne s'est produit, et cela se comprend. Une protestation de cette nature aurait été mal accueillie à Gennevilliers, dans cette commune fertilisée et enrichie par les irrigations, sur le seuil de ces terrains jadis stériles qui produisent aujourd'hui de si belles récoltes, où l'hectare rapporte 400 francs par an et se vend couramment 10,000, où tout le monde a conservé pour le nom de Durand-Claye la reconnaissance et le respect dus aux services qu'il y a rendus.

Jules ROCHARD.

CONGRÈS ALLEMAND DE CHIRURGIE

—

Le vingt-troisième congrès allemand de chirurgie s'est tenu à Berlin du 18 au 21 avril dernier. Comme on le voit, les congrès ne chôment pas et comme pour celui de Rome nous allons rapporter les travaux qui nous ont paru les plus intéressants.

Tout d'abord analysons une communication de M. KUSTER (de Marbourg) sur *l'intervention précoce dans l'ostéomyélite.* Cette question, d'après l'orateur, serait encore très discutée, du moins en Allemagne, car, en France, il nous semble qu'à l'heure actuelle tout praticien est convaincu de la nécessité de l'opération large et immédiate dès que le diagnostic est établi ; mais nous reparlerons du traitement tout à l'heure, occupons-nous pour le moment de retracer les idées du chirurgien allemand. Pour celui-ci, il importe de conserver l'expression *d'ostéomyélite*, c'est celle adoptée en France depuis les travaux si importants de Lannelongue, et M. Kuster range dans cette affection, point intéressant à noter, l'affection décrite sous le nom de *périostite albumimeuse.*

Il fait peut-être jouer un rôle considérable au staphylocoque. Muller a soutenu que ce microbe seul déterminait la suppuration dans la moelle osseuse, Kuster n'a pas trouvé autre chose ; mais, aujourd'hui, depuis les travaux de Lannelongue, d'Achard et de bien d'autres observateurs, le streptocoque, le pneumocoque ont été rencontrés dans les ostéomyélites et il n'y a pas qu'un seul microbe de l'ostéomyélite.

(1) Les discours ont été prononcés par MM. E. Trélat, président du comité de souscription; A. Proust, délégué du ministre de l'intérieur ; La Tournerie, président du conseil général des ponts et chaussées, représentant le ministre des travaux publics ; le docteur Navarre, vice-président du conseil municipal de Paris; Bassinet, président du conseil général de la Seine; Poubelle, préfet de la Seine; Royer, président du comité des cultivateurs de Gennevilliers, et M. le docteur Henrot, maire de Reims. Puis M. Castelli a lu une ode à Durand-Claye, dont il est l'auteur.

La porte d'entrée de l'agent infectieux est une des question les plus curieuses. Existe-t-elle dans les muqueuses ou sur le révêtement cutané ? Il est certain que la lésion initiale est quelquefois très difficile à découvrir et Kuster pense que le grattage de la peau par des ongles malpropres peut jouer un rôle important dans l'étiologie de l'affection. Cela expliquerait la rareté relative de l'ostéomyélite dans les classes aisées et sa présence, au contraire, dans les classes misérables forcément plus sales.

L'orateur passe ensuite à l'étude du traitement et après avoir, bien entendu, rejeté la désarticulation et même la résection totale diaphysaire, il discute l'incision du périoste qui n'est pas suffisante et l'ouverture du canal médullaire. Pour Kuster, la trépanation est un moyen peu sûr à cause de la dissémination des foyers qui risquent de ne pas être tous ouverts et il préfère la mise à nu de la moelle dans une étendue suffisante pour découvrir toutes les parties malades et les enlever. On sait qu'en France on emploie encore le trépan et avec raison, car le point capital est d'arriver à temps sur le foyer dès qu'il vient de se former et avant qu'il ne s'en soit produit d'autres. Or, nous savons que c'est à la région bulbaire de l'os, au niveau du cartilage, juxta-épiphysaire, que se forme toujours le premier foyer et c'est là qu'il faut aller le chercher avec une gouge ou un trépan, peu importe.

L'ouverture précoce est donc le point capitale, et, du reste, Kuster y insiste. Voici le résultat de ses interventions :

Le nombre des cas n'est pas considérable, car les malades viennent rarement de bonne heure à l'hôpital; ces cas sont au nombre de 24. 14 d'entre eux se sont présentés dans les deux premières semaines, sans aucun cas mortel, avec 9 guérisons immédiates, 5 cas ont été renvoyés avec de petites fistules qui ont guéri plus tard. 3 cas se sont présentés dans la troisième semaine, 2 sont morts, le dernier a guéri avec une fistule. Les autres cas se sont présentés de la quatrième à la septième semaine.

Tous les chirurgiens qui ont pris la parole dans cette discussion ont été de cet avis, sauf Schuchardt (de Berlin), qui limite son incision au périoste, et Sonnenburg qui, quoique partisan de l'opération, trouve qu'on peut attendre sans inconvénient dans les formes qni n'ont pas une marche rapide. Mais Karewski, Korte, apportent tour à tour leurs chiffres et se sont toujours bien trouvés de l'ouverture rapide du canal médullaire.

Scheede, dont ont connaît le service considérable dans l'hôpital de Hambourg, s'appuie, pour justifier cette thérapeutique, sur un total de 155 malades. Il divise ces faits en deux groupes: le premier, dans lequel dominent les symptômes généraux à caractère septicémique ou pyémique ; le second, qui comprend ceux dans lequels la maladie affecte un caractère local.

Les malades du premier groupe sont voués, d'après lui, à une mort certaine en dépit des opérations les plus précoces. A l'autopsie on trouve dans les organes internes des foyers métastatiques; il s'agit d'une infection générale, d'une septicopyohémie dont la cause échappe; la lésion osseuse n'est ici qu'une des manifestations locales de l'infection.

Dans le second groupe, l'ouverture précoce et large de l'os donne de bons résultats, et elle s'impose comme le seul moyen de prévenir la formation de foyers secondaires.

La mortalité a été de 20 p. 100 sur les 155 cas. Elle a été particulièrement élevée dans les ostéomyélites du maxillaire inférieur : sur 11 malades de cette catégorie, 4 sont morts. Scheede insiste sur la gravité de cette forme. Toutefois, dit-il, il n'est pas certain que l'instrument ou les doigts du dentiste soient la cause de l'infection ; les phénomènes douloureux qui ont engagé le malade à s'adresser au dentiste étaient peut-être la première manifestation de l'ostéomyélite. Le traitement opératoire se heurte ici à de grandes difficultés. L'ostéomyélite du bassin se prête également peu à une opération

précoce. Cependant, sur 12 cas de cette catégorie, il n'a eu à déplorer qu'une seule mort.

MM. Lindner, Nasse prennent ensuite la parole, toujours dans le même sens, ainsi que M. Heidenhain, qui estime qu'un grand nombre de cas évoluent avec un petit cortège de symptômes; les malades peuvent rester chez eux et n'arrivent à l'hôpital que lorsque se montrent les fistules. Ces faits, du reste, disons-le de suite, sont bien connus en France, mais paraissent l'être moins de l'autre côté du Rhin ; ce sont souvent ou des cas d'ostéomyélite prolongée ou des cas d'ostéomyélite chronique d'emblée, affection, comme on le sait, dont le champ commence à s'accroître. Gussenbauer (de Prague) donne aussi son avis, il est pour l'intervention précoce.

Quant au procédé opératoire à mettre en œuvre pour ouvrir la cavité médullaire, Kuster trouve que le meilleur est celui qui consiste à tailler un lambeau comprenant peau, tissu cellulaire, périoste et os, du moins, nous dit-il, pour les os situés superficiellement.

Rien de nouveau, comme on le voit, ne ressort de cette discussion. Les chirurgiens allemands ont discuté une question résolue depuis longtemps en France par l'affirmative, et qui ne vient que corroborer l'opinion soutenue il y a déjà longtemps par Lannelongue, et adoptée aujourd'hui par tous.

— Des questions de *médecine opératoire* ont aussi occupé l'attention des congressistes. Voyons d'abord la communication de M. Credé (de Dresde), sur la *technique des amputations*. Ce chirurgien croit avoir réalisé certains progrès dans les procédés opératoires, il attache peu d'importance à la question de savoir si l'on doit ou non employer la bande d'Esmach. On peut fort bien s'en passer, ce qui a pour avantage de nécessiter un moins grand nombre de ligatures. De même la forme à donner au lambeau est d'une importance secondaire, d'après lui. Le point important, à son avis, est de tailler un lambeau doublé d'une épaisse couche musculaire ; en effet, les muscles ont toujours une tendance à subir une rétraction ultérieure. On évitera donc de tailler un lambeau ne comprenant que les téguments. M. Credé a abandonné le drainage et les sutures. Une fois les ligatures au catgut terminées, il rapproche les bords du lambeau à l'aide d'une bande de gaz hydrophile préalablement humectée, et appliquée directement sur le moignon de façon à exercer en même temps une légère compression, puis il applique le pansement.

Il a ainsi opéré 22 malades qui tous ont guéri. Dans les deux tiers des cas, il a obtenu la guérison par première intention idéale. Dans l'autre tiers, la guérison s'est opérée un peu moins rapidement, par suite de la formation de petits foyers purulents.

Il n'y a encore pas dans ce travail de choses bien nouvelles ; dire à l'heure qu'il est, qu'il faut qu'un lambeau soit doublé de muscle est chose inutile et qui ressort aujourd'hui, et même depuis bien longtemps, du cours de médecine opératoire.

Plus intéressante est la communication de M. Habs (de Magdebourg), sur *la désarticulation du genou par le procédé de Hagedorn*, qui consiste à faire un grand lambeau antérieur en gardant la rotule et ce qu'on rencontre de capsule articulaire. L'incision postérieure est transversale et, une fois le lambeau rabattu, la ligne de suture se trouve tout à fait en arrière.

M. Habs présente plusieurs malades suivis et opérés depuis longtemps, qui marchent, courrent et sautent à l'aide d'un simple pilon sur lequel vient appuyer directement le moignon. Celui-ci est solide, large, et le point important est que la rotule est restée mobile. 3 blessés opérés depuis 14, 5 et 2 ans, sont dans un état excellent. Le triceps, bien entendu, présente un léger degré d'atrophie et chez les individus désarticulés

jeunes les condyles ne prennent pas tout leur développement, mais cela ne gêne en rien la marche.

On sait combien la désarticulation du genou est en défaveur en France et principalement à Paris ; on se demande, du reste, un peu pourquoi. Ce procédé qui consiste dans son point essentiel à garder la rotule, est certainement bon et mérite d'être plus employé qu'il ne l'est.

E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril. — Présidence de M. Ferrand

Pigmentation cutanée dans l'arsénicisme

M. Richardière présente une malade qui a été soumise pendant quatre semaines au traitement arsenical ; elle était atteinte d'adénie. Pendant ces quatre semaines, elle a pris des doses graduellement croissantes de liqueur Fowler.

Au 18e jour du traitement, la peau commença à se pigmenter, et en peu de jours cette pigmentation devenait extrêmement marquée. Actuellement, elle est en voie de décroissance.

La pigmentation cutanée présente deux caractères principaux : elle est généralisée à toute l'étendue de la peau ; les muqueuses, au contraire, sont intactes. D'autre part, elle est beaucoup plus marquée dans certaines régions, les aisselles, le cou, la face dorsale des doigts et des orteils, où la coloration noirâtre tranche sur la teinte brunâtre uniforme. Il existe, de plus, un assez grand nombre de macules lenticulaires pigmentées, qui se sont formées en certains points où la peau avait été traumatisée : piqûres de punaises, écorchures, injections sous-cutanées.

La pigmentation de la peau s'est accompagnée de décoloration des cheveux et de troubles trophiques du côté des membres. Elle a été le signe principal de l'imprégnation arsénicale. Au moment où la médication a été suspendue, il commençait, toutefois, à y avoir un peu de diarrhée et de la faiblesse du membre inférieur droit. Les signes d'intolérance gastrique faisaient défaut.

M. Rendu pense qu'il faut faire quelques réserves dans ce cas. On voit rarement une mélanodermie semblable parmi le nombre considérable de personnes qui prennent pendant longtemps de l'arsenic.

M. Richardière a vu se développer sous ses yeux la mélanose, ce qui lui paraît établir le diagnostic, et, depuis que le traitement est interrompu, la pigmentation disparaît peu à peu.

De plus, ce fait n'est pas isolé, et on en a trouvé de semblables dans des cas d'empoisonnement par l'arsenic.

Pseudo-éléphantiasis névropathique

M. Thibierge présente une malade atteinte d'une forme d'œdème dont il a été plus d'une fois question et dont les exemples sont assez peu fréquents, du moins sous l'aspect clinique qu'elle revêt dans le cas actuel.

En raison des signes d'hystérie constatés chez cette malade il y a lieu de se demander si l'œdème ne relève pas lui aussi de cette névrose. En dehors des cas où il revêt la forme d'œdème bleu, bien connu depuis les descriptions de Charcot, l'œdème d'origine hystérique peut, en effet, comme dans les observations rapportées par W. Mitchell, offrir l'aspect vulgaire de l'œdème blanc étendu à tout un membre. Cependant l'œdème ne s'est pas montré ici en même temps que des manifestations hystériques, et le

membre intéressé n'est le siège ni d'une contracture ni d'une paralysie, symptômes auxquels se superpose habituellement l'œdème histérique. Il semble donc que la grande névrose et l'œdème coexistent simplement et traduisent tous deux isolément une même tendance névropathique du sujet. Il n'existe bien entendu chez cette malade ni lésion cardiaque, ni lésion rénale ni obstacle à la circulation axillaire.

Trois observations que cite M. Thibierge se rapportent à des femmes; c'est également chez une femme que M. Thibierge a observé récemment un cas léger de cette affection. On peut rapprocher ce fait de la fréquence plus considérable du pseudo-lipome sus-claviculaire chez la femme que chez l'homme.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

—

VII. Dyspepsie avec diarrhée lientériques (fin)

1° Régime pour IV en insistant sur les œufs, viandes purées, panades, biscottes, riz, et en cas d'insuccès régime lacté.

2° Avant les repas et dans un peu d'eau 5 à 10 gouttes d'élixir parégorique, ou un des cachets suivants :

Salicylate de bismuth.....	5 grammes
Ext. thébaïque..........	0 05

pour 15 cachets.

3° Saison à Plombières.

VIII. Dyspepsie acide (hyperchlorhydrie)

Surtout adolescence.

(Crises gastralgiques quand l'estomac est vide, soulagées par les aliments ; vomissements abondants.)

1° Donner aussitôt après les trois repas et deux heures après un des paquets :

Prenez :	Bicarbonate de soude....	1 gramme
	Craie préparée..... ...	0 50
	Poudre de vanille	q. s. pour aromat.

pour un paquet.

2° Saison à Vals ou Vichy.

3° Régime comme pour IV, en insistant sur les œufs, le laitage, les crèmes, les légumes verts très cuits, en purées passées ; peu de féculents et toujours en purée. Peu de viande à midi et point le soir.

Lait coupé de thé léger à midi. Lait pur le soir. Aucun acide ni alcool, ni assaisonnement.

IX. Dyspepsie hypochlorhydrique

1° Donner, aussitôt après les trois repas, un verre à liqueur de la préparation :

Acide chlorhydrique......	1 gramme
Eau.....................	500 —
Sirop de limon	100 —

2° Régime comme pour IV. Trois repas, surtout composés de viande tendre et bien divisée, bouillon, œufs, laitage, eau rougie ou coupée d'un peu de vin blanc, poissons bouillis.

3° Soin d'hygiène générale comme pour IV.

X. Dyspepsie avec anorexie

1° Donner avant le repas dans un peu d'eau pure ou étendue d'une cuillerée de vin de gentiane, 10 gouttes du mélange apéritif suivant :

Teinture de noix vomique...	1 à 2 grammes
— de cascarille.......	āā 5 —
— de cannelle.........	
— de gentiane........	
— de colombo	
— de rhubarbe.......	

2° Laisser manger à l'enfant (le plus souvent une petite fille) tout ce qu'il aime, car lui faire un régime serait lui enlever encore l'appétit.

3° Exercices modérés, et changement d'air.

Dr E. Périer.

BIBLIOTHÈQUE

—

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par le docteur Raymond Nogué, avec une préface de M. le docteur G. Variot, médecin des hôpitaux.
Société d'éditions scientifiques. Paris, 1894.

En offrant au public médical ce formulaire, le docteur Raymond Nogué a voulu mettre entre les mains du praticien un guide précis et sûr.

Bien que les maladies de l'enfance ne constituent pas à proprement parler une spécialité, il n'est pas de médecin qui ne se soit trouvé, au début de sa carrière, fortement embarrassé pour formuler une ordonnance dans certaines affections du premier âge.

Ayant, comme ses confrères, rencontré ces difficultés, le docteur Raymond Nogué a pensé qu'il serait utile de réunir en un formulaire spécial de thérapeutique infantile les modes de traitement et les principales formules des maîtres français ou étrangers en pédiatrie.

La plupart des formules portent l'indication des âges auxquels elles doivent s'appliquer.

En outre, pour chacun des principaux médicaments actifs, la dosologie est soigneusement indiquée pour chaque année de l'enfant d'après l'autorité des maîtres.

D'une façon générale, chaque article comprend la prophylaxie de l'affection, son traitement pathogénique, le traitement des différents symptômes et le traitement des complications.

Il a semblé au docteur R. Nogué qu'un formulaire s'adressant au praticien ne pouvait laisser de côté certains points de chirurgie journalière ou d'urgence tels que le traitement des abcès, de la coxalgie, des fractures chez les enfants, la pratique des appareils plâtrés, du corset de Sayre, la thoracentèse, l'empyème, le tubage du larynx, la trachéotomie, etc.

C'est pourquoi il n'a pas hésité à faire à ces questions, bien que d'ordre chirurgical, une place en rapport avec leur importance, pensant que le médecin praticien lui en saurait bon gré.

—

Leçons de thérapeutique. Les agents physiques et naturels : agents thermiques, électricité, modifications de la pression atmosphérique, climats et eaux minérales, par le docteur Georges Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. grand in-8°, avec nombreuses figures et 1 carte des eaux minérales et stations climatériques. (Masson 1894).

Extrait de la préface de l'auteur. — ..... Les médecins ne savent pas assez utiliser les importantes ressources qui leur sont offertes par l'emploi des agents physiques, ainsi que par les climats et les eaux minérales. A notre époque, où les affections chroniques sont si répandues, où l'on vit plus vieux, mais plus péniblement, plus pathologiquement, les médicaments proprement dits doivent céder le pas, dans un très grand nombre de circonstances, à des pratiques capables de modifier la nutrition générale et de régulariser les réactions nerveuses. Si l'on néglige souvent de recourir à ces pratiques, ou si l'on s'en sert mal, cela tient en partie à la difficulté qu'éprouvent les élèves à en faire l'étude. J'aurais pu renvoyer les élèves aux nombreux traités spéciaux ; il m'a paru préférable de leur présenter un résumé relativement succinct de publications telle-

ment étendues que les principales constituent dans leur ensemble une véritable bibliothèque. Je ne regretterai ni ma peine, ni mon temps, si j'ai réussi à faire acquérir à nos lecteurs des notions suffisantes sur des moyens thérapeutiques de premier ordre, dont l'étendue est généralement trop négligée.

FORMULAIRE

Empoisonnement par l'atropine guéri par la morphine, par le Dr Imerio Monteverdi, de Crémone. (*Rev. gén. de méd.*). — Comme contribution à la doctrine de l'antagonisme thérapeutique de la morphine et de l'atropine, le Dr Monteverdi, rapporte le fait suivant :

Le 19 mars, une fillette de 3 ans avait avalé une petite gorgée d'un collyre destiné à son frère et ainsi composé.

Sulfate neutre d'atropine....................	ãã 5 centigrammes
Chlorhydrate de cocaïne....................	
Eau distillée............................	15 grammes

Arrivé seulement quatre heures après l'ingestion, le médecin ne pouvait plus recourir à l'apomorphine, il employa un centigramme de morphine en injection et des frictions générales en même temps que des lavements excitants.

Le 21 mars au matin, l'enfant était complètement guérie.

COURRIER

—Le jury du concours pour deux places des accoucheurs des hôpitaux est ainsi définitivement constitué : MM. Champetier de Ribes, Guéniot, Maygrier, Pinard, Ribemont, Richelot et Rigal.

— Les dermatologistes anglais viennent de constituer une nouvelle société, sous le nom de Société dermatologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande. Une première réunion s'est tenue le 12 avril : M. Pye Smith a été élu président ; MM. Mac Call Anderson Hughlings Jackson, Rober Liveing et Samuel Wilks, vice-présidents.

L'inauguration de la nouvelle société aura lieu le 31 mai.

A propos du congrès de Rome. — Voici l'opinion de la *Presse médicale belge* :

« Les congrès ne sont plus de grandes assises scientifiques où la discussion se fait sérieuse et où l'on cherche à trancher quelques grandes questions de pathogénie ou de thérapeutique. A part deux ou trois rapports, où les concepts originaux brillent généralement par leur absence ; à part cette mise au point ou cette revue générale d'une question scientifique, clôturée non par une discussion contradictoire, mais par des applaudissements unanimes, les congrès ne sont plus qu'un lieu de rendez-vous d'amis, qu'une occasion de parader, qu'un prétexte à quitter « scientifiquement » son pays et sa clientèle pour quelques jours, qu'un défilé d'orateurs ou de liseurs d'observations médicales, dont la place est seulement indiquée dans les colonnes d'un journal ou d'une revue.

« Nous sommes persuadé que pour rendre aux congrès leur importance scientifique réelle, et non simplement numérique et décorative, il est temps de changer leur rôle et leur organisation.

« On devrait mettre en discussion quelques grandes questions d'actualité ou problè-

mes pathologiques encore obscurs. Qu'un rapporteur général soit nommé pour condenser le sujet et en établir les grandes lignes, rien de mieux, mais surtout que ce rapport soit suivi de contre-rapports, de discussions, et l'on sera étonné des résultats obtenus. »

UN ACCOUCHEMENT NATUREL. — Une des négresses arrivées au Palais de l'Exposition universelle a été prise, il y a quelques jours, des douleurs de l'enfantement en passant près de la Brasserie du Parc. Elle s'assit par terre et la délivrance fut menée à bonne fin. Elle se pansa elle-même, nettoya son négrillon et continua sa route sans plus de façon. La mère et l'enfant vont bien. (*Lyon médical*).

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Cohadon (de Clermont-Ferrand); Gofestre (de Darnétal) ; Guignon (de Montélimar) ; Hummel (de Colmar) ; Labarthe et Landowski (de Paris) ; Lesauvage (de Monville); Lescarbault (d'Orgères) ; Letaillieur, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Alençon ; de Lostalot-Bachoué, consul de France à Wellington ; Patry (de Sainte-Maure); Potier (de Rouen) ; Séranes (de Saint-Martin-d'Estréaux); Silly (de Villiers) et Zurkowski (de Dieulouard).

CONVOCATION DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE EN 1894 (Réserve). — 257 médecins seront convoqués, savoir : 25 médecins-majors de 2e classe, 54 médecins aides-majors de 1re classe, 178 médecins aides-majors de 2e classe.

Ils seront également appelés en deux séries : un tiers, du lundi 28 mai au samedi 24 juin ; deux tiers, du lundi 27 août au dimanche 23 septembre.

Armée territoriale : 284 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de 2e classe, 234 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe.

Ils seront également appelés en deux séries, un tiers, du lundi 28 mai au samedi 9 juin ; deux tiers, du lundi 27 août au samedi 8 septembre.

Les convocations seront faites par les soins et sur le territoire des commandants de corps d'armée dont relèvent les intéressés par leur affectation.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans la région où ils sont domiciliés.

Les médecins qui désireraient accomplir leur stage sans solde dans un autre centre d'instruction que celui qui leur sera assigné devront, dès la réception de leur ordre d'appel, en rendre compte à M. le directeur du service de santé de leur corps d'armée qui soumettra au ministre la liste de ces médecins avec ses observations.

Aucun sursis d'appel ne pourra être accordé si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Le Formulaire d'hygiène paraîtra dans le prochain numéro

De l'ignipuncture intra-cellulaire dans le traitement des arthrites tuberculeuses

Par E. Kirmisson

L'ignipuncture ou application du fer rouge sous la forme de pointes pénétrant profondément dans les tissus est constamment employée dans la médecine vétérinaire où elle rend chaque jour les meilleurs services. En chirurgie, elle a été conseillée par bon nombre d'auteurs, au premier rang desquels nous citerons le professeur Richet, qui l'employait surtout dans le traitement des arthrites fongueuses ou *tumeurs blanches*. Quels que soient les avantages de cette méthode, elle n'a pu cependant, jusqu'ici, se généraliser. La cause en est dans les accidents auxquels elle a parfois donné naissance. Les chirurgiens qui l'employaient n'avaient pas, en effet, à leur disposition les moyens dont nous disposons aujourd'hui. Au lieu de thermocautère, ils ne possédaient que le cautère actuel. Sans doute, on pouvait bien le disposer en longues pointes effilées; mais, pour conserver le calorique, on était obligé de surajouter à cette tige une boule assez volumineuse que l'on portait au rouge vif. Il en résultait que, soit par le volume même de la tige, soit par le rayonnement de la boule surajoutée, on produisait au niveau de la peau une eschare assez large. L'opération, en outre, était faite en dehors de toute précaution antiseptique. Une fois la cautérisation terminée, on recouvrait la région d'un linge cérate quelconque, qui trop souvent devenait l'origine d'une inoculation septique. De là, la suppuration de toutes les pointes de feu et, celles-ci communiquant avec l'intérieur de la jointure, la suppuration de l'articulation elle-même. En d'autres termes, à une arthrite fongueuse non ouverte, on substituait une arthrite purulente, qui, plus d'une fois, a nécessité l'amputation, véritable désastre chirurgical, à une époque où les amputations des membres étaient si fréquemment suivies d'infection purulente. C'était plus qu'il n'en fallait pour s'opposer à la généralisation de la méthode, quels que fussent, d'ail-

---

FEUILLETON

Physiologie macabre

J'ai fait un rêve dont l'affreuse fantaisie m'a oppressé durant toute une nuit et dont le réveil a été longtemps impuissant à dissiper l'angoisse. Dans une grande boîte noire, un peu vacillante, aux parois humides d'où suintait une odeur fade et grasse qui rappelait invinciblement l'enclos de quelque équarisseur, j'étais accroupi, recroquevillé, attendant peureusement je ne sais quelle aventure inconnue. Des coups sourds retentissaient par instants non loin de moi. Des pas d'hommes, affairés à je ne savais quelle besogne sombre, martelaient le pavé ; et, de temps en temps, d'autres pas plus nombreux, pesants, cadencés comme ceux d'une troupe en marche, ébranlaient le sol. Englobant le tout dans une sonorité confuse, une rumeur, puissante en son indécision, bruissait de toutes parts ; un cri, un appel, un rire odieux et qui donnait le frisson, s'en détachaient parfois en notes plus claires, dont la vibration m'était une souffrance. Et mon attente crain-

leurs, ses avantages incontestables. Aujourd'hui, les conditions sont tout autres. Nous avons dans la pointe la plus fine du thermocautère, dont le volume ne dépasse pas celui d'une grosse épingle, un instrument qui nous permet de faire des plaies très étroites, et par conséquent très favorablement disposées pour la réparation. Il nous est possible, en outre, d'apporter dans la pratique de cette petite opération toutes les précautions antiseptiques que nous sommes habitués à mettre en œuvre dans des opérations plus importantes, et ainsi d'éviter la suppuration des trajets cautérisés avec les dangers de propagation à l'articulation.

Voici, dès lors, comment nous pratiquons cette petite opération : Le malade est endormi par le chloroforme ; la région a été, au préalable, soigneusement lavée et désinfectée, puis recouverte d'un pansement antiseptique, absolument comme s'il s'agissait de la pratique d'une grande opération, arthrotomie ou résection. Y a-t-il une attitude vicieuse du membre, par exemple, dans le cas d'arthrite tuberculeuse du genou, une flexion permanente de la jambe sur la cuisse, je commence par opérer le redressement, en m'aidant au besoin de la ténotomie des tendons fléchisseurs. Puis, je procède à la cautérisation, celle-ci est faite dans les points où les fongosités sont le plus développées, ou bien encore sur les principales bosselures fluctuantes des articulations, soit, par exemple, dans le cas particulier de l'articulation du genou, au niveau du cul-de-sac sous-tricipital de la synoviale, sur les parties latérales de la rotule, de chaque côté du tendon rotulien. Le plus souvent nous faisons ainsi à la surface de l'articulation 12, 15 ou 18 pointes de feu, ainsi qu'on le verra par la lecture des observations. Après quoi, nous recouvrons la partie malade d'un pansement antiseptique à la gaze iodoformée, et nous immobilisons le membre au moyen d'une gouttière plâtrée, par-dessus laquelle nous exerçons la compression au moyen d'une épaisse couche de ouate. Grâce à ces précautions, nous avons constamment réussi jusqu'ici à éviter la suppuration, et nous avons vu les fongosités articulaires s'atrophier, et même disparaître complètement en un temps assez court. Depuis deux ans environ, nous avons commencé à mettre en œuvre ce mode de traitement, et nous en avons obtenu d'heu-

---

tive, en le réduit noir et vacillant, se prolongeait douloureusement, s'exaspérait jusqu'à l'acuité.

Enfin, il me sembla qu'un silence se faisait, si profond et si terrifiant que j'en fus glacé jusqu'aux moelles. Un indescriptible grincement, rapide et formidable, le traversa soudain, puis, une lueur m'apparut, je crus voir que des gens s'approchaient et je sentis qu'ils avaient lancé pesamment près de moi un paquet lourd. Un autre objet plus petit, plus dur, fut jeté près du premier. Il rendit un son mat en frappant les planches de l'étroit espace où j'étais prisonnier. Aussitôt la porte se referma, toute lueur disparut et je me sentis emporté à travers des rues. J'eus la perception de roues massives bondissant sur les inégalités d'un chemin, de cahots rudes et durs dans un tintement de ferrailles.

Alors, avec cette variété et cette incohérence d'images et d'impressions qui est le propre des rêves, brusquement, je sus où et avec quoi j'étais et pourquoi j'y étais. Une clarté aussi s'alluma en un coin du fourgon. Je m'assis commodément sur le corps étendu près de moi ; je pris la tête sur mes genoux, je n'eus aucune surprise de trouver tout à coup entre mes doigts des instruments d'anatomie et je commençai fiévreuse-

reux résultats. Nos premières observations n'ont pas été recueillies avec un soin suffisant. Nous pouvons citer, toutefois, deux malades atteints de synovites fongueuses de la région tibio-tarsienne, chez lesquels nous avons réussi à obtenir ainsi la guérison, alors que, chez l'un d'eux, le grattage employé précédemment n'avait donné aucun résultat.

Aujourd'hui, nous sommes porté à généraliser de plus en plus ce mode de traitement; à l'appui de notre manière de voir, nous citerons les 8 observations suivantes, dont les détails principaux ont été relevés d'une manière suffisante :

Obs. I. — Henriette P..., 3 ans et demi. Arthrite fongueuse du genou droit dans la demi-flexion. Le 26 juin 1893, chloroformisation ; redressement forcé de l'articulation ; application de 12 pointes de feu pénétrantes avec la pointe fine du thermocautère dans l'épaisseur des fongosités, distendant le cul-de-sac sous-tricipital après lavage antiseptique soigneux de la région. Pansement à la vaseline boriquée. Immobilisation du membre au moyen d'une gouttière plâtrée et compression ouatée. Le 26 octobre 1893, l'enfant sort guérie ; les fongosités ont complètement disparu ; la flexion de la jambe sur la cuisse est normale ; la rotule a conservé sa mobilité.

Obs. II. — Armand B..., 4 ans. Arthrite tuberculeuse du genou gauche chez un enfant ayant eu précédemment une scapulalgie à droite, et présentant une blépharite glandulaire chronique. Il existe encore autour de l'épaule plusieurs trajets fistuleux. Le genou, distendu par les fongosités, affecte la forme globuleuse. Le 21 novembre 1893, chloroformisation ; redressement forcé du genou qui était immobilisé dans la demi-flexion ; application de 15 pointes de feu pénétrantes au niveau du cul-de sac sous-tricipital et sur les bords de la rotule, après un lavage soigneux de la région. Pansement à la gaze iodoformée, immobilisation au moyen d'une gouttière plâtrée et compression ouatée.

Le 25 janvier 1894, nous revoyons l'enfant, et nous constatons que l'état général est excellent ; la suppuration de l'épaule est complètement terminée, les fongosités du genou ont beaucoup diminué de volume.

Le 19 avril 1894, toute trace de fongosités a disparu au niveau du genou, l'articulation a conservé une grande mobilité. l'enfant peut être considéré comme guéri, l'appareil est enlevé, et l'on commence à permettre la marche.

Obs. III. — Gabriel B..., 3 ans ; arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne

---

ment d'interroger le secret de cette tête tranchée. Je me hâtais, énervé par la crainte que le temps ne me manquât, car je savais fort bien désormais où nous allions et le nombre de minutes qu'exigeait le trajet. Mais les chocs incessants rendaient inhabiles mes mains et, sous les secousses brutales déplaçant l'air, la flamme falotte menaçait de s'éteindre, s'allongeait, presque obscure, en un ruban de fumée noirâtre dont l'âcreté, en outre, me suffoquait.

Dans les brèches qu'ouvrait mon scalpel, une anatomie fantastique m'apparaissait. Des organes étranges aux formes irréelles, aux rapports grotesques se découvraient à travers les couches séparées des tissus. Des plexus formidables, pareils à des écheveaux embrouillés, défiaient toute analyse, se reconstituaient, s'agglutinaient de nouveau à mesure que j'en isolais les cordons. En vain j'essayais de les extraire du bout des doigts, d'abord, avec prudence, puis à pleines mains, violemment, avec rage, m'obstinant à arracher ces pelotons emmêlés qui s'amoncelaient autour de moi en tas énormes et grouillants. Bientôt il me parut qu'ils sortaient d'eux-mêmes ; ils coulaient sans trêve, sans fin, s'épandaient comme un liquide.

gauche, cicatrice au niveau de la malléole externe ; le pied est fortement déjeté en dehors ; les mouvements sont limités et douloureux. Le 20 octobre 1893. chloroformisation ; application de 18 pointes de feu profondes, dont 13 à la partie interne et 5 à la partie externe. Pansement à la gaze iodoformée, immobilisation au moyen d'une gouttière plâtrée. Le 2 décembre, l'appareil est enlevé, l'état est satisfaisant, cependant il existe encore du gonflement derrière la malléole interne. L'appareil est remis en place. Le 21 février 1894, les fongosités ont complètement disparu, la guérison est complète ; un nouvel examen, pratiqué le 28 avril 1894, permet de constater la permanence du résultat.

Obs. IV. -- Henriette C..., 2 ans; arthrite du genou, ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur droit. Le 14 décembre 1893, il existe à la partie inférieure et externe du fémur un gonflement qui remonte jusqu'au tiers moyen de la cuisse, liquide peu abondant dans l'articulation du genou, membre dans la demi-flexion. Le 17 décembre 1893, chloroformisution, application de douze pointes de feu pénétrantes au niveau du gonflement fémoral ; par l'une d'elles, il s'échappe de la sérosité louche. Pansement à la gaze iodoformée et immobilisation dans une gouttière plâtrée. Le 8 décembre, l'enfant présentant une élévation de température, nous enlevons le pansement, mais nous ne constatons aucune trace d'inflammation. Le 15 décembre, le pansement est enlevé de nouveau. Aucune des pointes de feu n'a suppuré, la tuméfaction des parties molles au niveau de l'extrémité inférieure et externe du fémur à disparu; le liquide intra-articulaire ne s'est pas reproduit, le genou n'est pas douloureux. Il existe seulement un peu d'épaississement du fémur lui-même. Le 5 janvier 1894, le pansement est enlevé ; nous constatons la cicatrisation complète des pointes de feu ; le genou a repris son volume normal, la rotule est mobile ; l'augmentation de volume de l'extrémité inférieure du fémur n'existe plus. Le 28 avril 1891, l'enfant est complètement et définitivement guérie; il n'existe plus aucune augmentation de volume soit du fémur, soit de l'articulation du genou ; celle-ci conserve toute sa mobilité. et l'enfant marche sans la moindre gêne.

Obs. V. — André O..., 5 ans ; arthrite chronique du genou droit avec flexion permanente de l'articulation. Le genou présente la forme globuleuse; la jambe est fléchie à 62°, avec légère rotation du tibia en dehors ; rétraction considérable des tendons fléchisseurs, douleurs à la pression sur l'extrémité inférieure du fémur, douleurs dans les tentatives d'extension, chaleur au niveau de la jointure, température élevée, 39°7. Le

---

Inutilement je tentais de les contenir, de les refouler, de comprimer convulsivement l'ouverture d'où je les voyais sourdre. Ils glissaient à travers mes doigts épuisés. Quelques filets de sang commencèrent de ruisseler avec eux, puis des flots, une mer de sang s'échappa, giclant de partout, montant comme une marée, submergeant tout. Les yeux affolés, l'esprit perdu, la gorge sifflante, je voulais fuir. Une invincible faiblesse clouait mes membres impuissants. Je tentai d'appeler ; je n'entendis pas le son de ma voix... Quelle vibration plus violente, quelle sensation plus brutale, quelle impression plus terrifiante encore mit fin à l'infernal cauchemar ? Je n'en ai pas gardé le souvenir. Cet ébranlement fut peut-être au-delà de ce qu'il est donné à nos cellules nerveuses de percevoir et de retenir. Je m'éveillai brisé, moite et tremblant.

Quand la flamme claire et rassurante de ma bougie rallumée eut enfin chassé l'horreur du songe et que mes yeux eurent reconnu chaque objet familier, je vis à terre, près de mon lit, la large tache blanche du journal dont la lecture m'avait assoupi quelques heures auparavant et dans lequel je me souviens nettement d'avoir lu un filet de quelques lignes bien inoffensives en apparence, auxquelles mon attention presque endormie déjà, n'avait pas pris garde, mais qui, photographiées en un point de mes cen-

25 décembre 1893, chloroformisation. La contracture musculaire cesse facilement sous le chloroforme, et il devient possible d'opérer le redressement, sans intervention sanglante. Le membre est immobilisé dans l'extension, au moyen d'une gouttière plâtrée, après quoi l'ignipuncture est faite au moyen de douze pointes de feu, dont huit au-dessus et quatre au-dessous de la rotule. Pansement à la gaze iodoformée et compression ouatée. Le 29 janvier 1894, on enlève le pansement, et l'on constate que le volume du genou a beaucoup diminué et que le membre reste dans la rectitude. La gouttière plâtrée est remplacée par un appareil circulaire, avec lequel le malade commence à marcher ; il porte aisément le pied à terre, et quitte le service au milieu de février.

Obs. VI. — Marie M..., 4 ans; arthrite fongueuse du genou gauche. Hydarthrose, empâtement au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, léger degré de genu valgum, ganglions inguinaux. Le 25 octobre 1893, chloroformisation à l'aide de la pointe fine du thermocautère, on fait douze pointes de feu, les unes au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, les autres sur les parties latérales du tendon rotulien. Ces pointes de feu pénètrent jusque dans l'articulation, comme le prouve l'écoulement de la synovie; pansement à la gaze iodoformée et gouttière plâtrée.

Le 1er décembre, l'appareil est enlevé; la cicatrisation n'est pas encore complète, mais le gonflement articulaire a notablement diminué, les fongosités qui occupaient le cul-de-sac sous-tricipital ont en partie disparu. Le 22 décembre, on note que l'enfant peut être considéré comme guéri; toutes les fongosités ont disparu ; l'appareil est supprimé. Mais, en examinant de nouveau l'enfant le 28 avril 1894, nous constatons qu'une légère récidive est survenue. Le membre est dans une flexion légère, il existe des bosselures fluctuantes de chaque côté du tendon du triceps et du ligament rotulien. Aussi le 30 avril, faisons-nous une nouvelle application de pointes de feu.

Obs. VII. — Victorine M..., 6 ans; arthrite chronique du genou droit, augmentation notable de volume du genou, atrophie du triceps, rotule mobile, pas de liquide dans la jointure.

Le 9 février 1894, ignipuncture, chloroformisation, application de seize pointes de feu profondes avec la pointe fine du thermocautère, dont dix au niveau du cul-de-sac sous-tricipital et six sur les côtés du tendon rotulien. Le 28 avril, nous constatons la cicatrisation complète des pointes de feu, le genou n'est pas douloureux, il a beaucoup diminué de volume ; cependant il existe encore un peu de gonflement autour de la rotule.

---

tres visuels, avait provoqué toute la série des lugubres images. On y racontait bien banalement le zèle d'un physiologiste qui, la veille, s'était enfermé dans le tombereau mortuaire avec le corps d'un supplicié pour interroger tout vivant encore le ganglion cervical supérieur et surprendre le secret des réflexes iriens, secret que, d'ailleurs, les circonstances éminemment défavorables où il s'était placé, refusèrent de livrer à sa curiosité.

Certes, la science a tous les droits parce qu'elle a tous les devoirs, et ses procédés sont respectables, ses moyens sont légitimes parce que son but est sacré. Rien ne prête à rire dans les recherches dont elle est l'objet. Les fatigues qu'elle impose, les dangers qu'elle fait courir, la vie qu'elle abrège, font à ses fidèles une auréole dont s'illuminent même les répugnances et les sordidités qu'elle contraint d'affronter, les misères où elle oblige souvent à descendre, les promiscuités louches ou fétides qu'elle fait braver. Mais encore veut-on que l'importance des notions à acquérir ne soit pas infiniment disproportionnée avec les moyens mis en œuvre; ou il faudrait alors qu'aucune autre voie d'arriver à la vérité ne fût possible. Ce n'était point le cas ici. C'est pour cette raison que la tentative à laquelle je fais allusion n'a provoqué et ne provoquera aucun enthou-

Obs. VIII. — D... Marcel, 6 ans; arthrite tuberculeuse du genou gauche ; le 9 mars 1894, chloroformisation, section des tendons fléchisseurs permettant d'obtenir le redressement du genou. Ignipuncture au moyen de dix-huit pointes de feu, dont six au-dessous de la rotule sur les bords du ligament rotulien, et douze dans le cul-de-sac sous-tricipital. Par un de ces orifices, s'écoule de la sérosité purulente. Immobilisation dans une gouttière plâtrée après un pansement à la gaze iodoformée. Le 25 avril 1894, l'état est des plus satisfaisants, mais l'une des pointes de feu n'est pas encore cicatrisée et livre passage à un peu de matière caséeuse.

En résumé, des huit observations que nous venons de rapporter brièvement, il en est cinq dans lesquelles l'ignipuncture nous a permis d'obtenir la guérison complète, dans un temps relativement court, qui n'a pas excédé quatre à cinq mois. Dans les trois autres cas, les malades sont en bonne voie de guérison, aucun d'eux n'a présenté le moindre accident. Ce sont là des résultats fort encourageants ; aussi sommes-nous disposé à continuer l'application de ce moyen, qui nous paraît avoir une très grande valeur dans la tuberculose articulaire au début, lorsque la peau est encore intacte, et qu'il n'y a pas de trajets fistuleux. Dans les tuberculoses ouvertes, nous n'en avons pas obtenu d'aussi bons résultats.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Les discussions sur les anesthésiques reviennent périodiquement dans nos sociétés savantes et cela se comprend, vu l'importance du sujet ; mais, en général, cette question à peine entamée, prend des proportions extraordinaires et occupe un grand nombre de séances. A propos d'un agent anesthésique on en arrive à parler de tout ce qui a trait à tous les anesthésiques. La société de Chirurgie, il faut le reconnaître, n'est pas sortie du sujet exposé par M. Segond, qui vient donner son avis sur l'*anesthésie mixte* par le *bromure d'éthyle et le chloroforme*.

Sa communication, dit du reste l'orateur, n'est qu'un corollaire des faits déjà exposés par M. Terrier, dont il a suivi la pratique qui se résume en ceci : se procurer du bromure d'éthyle très pur et procéder par doses

siasme. Le public scientifique, pas plus que l'autre, ne se passionnera pour elle. Je ne suis la dupe, en écrivant ceci, d'aucun sentiment de fausse sensiblerie ; je n'obéis à aucun préjugé de convenances. Je suis de ceux qui regrettent profondément la tendance trop manifeste que l'on a de nos jours à respecter les scrupules et les répulsions des clients de M. Deibler, en refusant impitoyablement leur dépouille à nos amphithéâtres pour peu qu'ils en aient laissé paraître le désir. A vrai dire, les résultats jusqu'à présent obtenus par les expériences non moins sensationnelles que vaines dont les corps de suppliciés ont été si fréquemment l'objet dans le cours de ce siècle, ne sont point de nature à justifier, pour l'avenir, de grandes espérances. Ce n'est point, cependant, un motif pour y renoncer définitivement. Mais il y a loin de là à une macabre excursion dans la charette sanglante. Ces exagérations, car c'en est une, ont un autre inconvénient que leur inutilité, on rit de la montagne en travail qui n'accouche que d'une souris. Il y a quelque risque de jeter ainsi une ombre de discrédit sur une branche des connaissances humaines et ce danger n'est pas à dédaigner.

Si nos laboratoires, si nos modes actuels d'investigation ne suffisent pas ; si les vivisections sont trompeuses ; si le lapin, dont les professions moins désintéressées nous

massives en commençant par mettre un peu de ce liquide sur la compresse et quelques instants après à administrer 12 à 15 grammes de cet agent. La résolution est ainsi obtenue dans un laps de temps très court qui suffit pour toutes les opérations de très courte durée.

Si, au contraire, l'intervention doit être plus longue, on substitue immédiatement au bromure d'éthyle le chloroforme qui doit, suivant le procédé classique, être donné à doses faibles et continues.

Sur 443 anesthésies, dans lesquelles le bromure d'éthyle a été employé, 52 fois il a été administré seul et 391 fois allié au chloroforme, et cela pour de grosses opérations, hystérectomie, ablation de tumeurs ayant nécessité deux ou trois heures. Les malades n'ont pas été choisis et dans le nombre il y en avait d'hystériques, de nerveuses, de cardiaques et de pulmonaires. Pourtant M. Segond n'a pas eu le moindre accident. Le passage d'un agent à l'autre s'est toujours fait sans la moindre alerte et même la période d'excitation paraît être moins longue qu'avec le chloroforme. Innocuité et rapidité de résolution, voilà donc les deux grands avantages de la méthode.

M. Bazy emploie aussi le bromure d'éthyle dans son service de Bicêtre il n'a qu'à s'en louer; mais il a eu quelques vomissements et quelques quintes de toux et M. Monod a vu des malades se défendre au moment de l'administration de cet agent, à ce point qu'il demande à M. Segond si il continue à s'en servir. Cette résistance du malade a aussi frappé M. Berger qui un des premiers a essayé le bromure d'éthyle avec son maître M. Gosselin. Il n'en a pas été satisfait et y a renoncé. M. Berger pense, du reste, qu'on doit toujours rechercher ce qu'il y a de plus simple et que c'est compliquer l'anesthésie que de se servir de deux liquides différents, le chloroforme est, du reste, suffisant et, si il détermine des accidents, c'est qu'il est mauvais, qu'il n'est pas pur.

Cette question de la pureté du chloroforme a toujours divisé les chirurgiens ; MM. Quénu et Delorme pensent que, dans bien des cas, la mort est due à une autre cause et M. Championnière, revenant au bromure d'éthyle, dit qu'il l'a aussi employé, rappelle que M. Poitou-Duplessy, qui s'en est

---

disputent à tort le symbole, n'est plus sur les autels de la science qu'une victime inutile, ayons le courage de notre foi de savants et réclamons le droit, au nom des intérêts de la République — pardon, de la vérité — de viviséquer nos semblables eux-mêmes. Nous ne serions point des novateurs en le demandant. Les Américains qui ne sont pas seulement les pionniers des grandes prairies du Far-West, mais les hommes de toutes les vastes entreprises, des audacieuses conceptions, des irréalisables projets, des stupéfiantes fantaisies, et auxquels il semble que l'imagination épuisée du vieux monde soit maintenant forcée de demander jusqu'aux moindres de ses inspirations, les Américains nous ont devancés dans cette voie. Du même petit coin de ce vaste pays qui nous réjouissait naguère des gaîtés de sa loi coutre le baiser, de ce même Ohio qui s'acharne à ne pas pardonner à ses voisins de l'Illinois le relatif insuccès de la prodigieuse *World's Fair* et veut montrer combien l'esprit surpasse la matière, un autre projet de loi est né qui évitera aux physiologistes de l'avenir la cruelle nécessité de partager, ne fut-ce qu'une heure, le corbillard des guillotinés.

L'idée est d'une simplicité géniale. Au lieu d'employer à l'exécution des criminels un personnel spécial et des appareils, en général, peu satisfaisants, que ce soit la corde,

servi le premier en France, a anesthésié des malades dans son service et l'impression qui lui en était restée n'était pas très favorable. Cela tient-il à la pureté de l'agent ou au mode d'administration? Faut-il l'employer à petites doses et d'une façon continue ou à doses massives?

A doses massives répond M. Segond, et c'est sur ce point qu'a surtout insisté M. Terrier. L'orateur termine en disant qu'il n'a voulu qu'apporter son expérience à la question et qu'il n'a qu'à se louer de cet agent, qui cependant n'a pas toutes les qualités, car il a une odeur désagréable d'abord et ensuite produit un sentiment pénible chez certains malades.

Le traitement des hernies gangrenées amène ensuite M. Verneuil à la tribune. Il a été dit d'excellentes choses sur cette question et « l'accord est parfait entre jeunes et vieux chirurgiens » sur différents points qui sont les suivants : nécessité d'abandonner l'anse suspecte dans certains cas sans la réduire; difficulté de l'entérorraphie qui ne devra être pratiquée que par une main exercée ; dangers de cette suture intestinale quand le malade est dans le collapsus. Telles sont, du reste, les règles données par M. Chaput. Mais M. Verneuil n'est pas de l'avis de ce chirurgien quand il compare la gravité de l'anus contre nature à celle de l'entérectomie. La première opération serait moitié plus grave que l'autre, ce qui est en complète contradiction avec la pratique de M. Verneuil. Sur quoi s'appuie M. Chaput pour affirmer ce fait : sur des statistiques seulement et des statistiques étrangères. Il va trop loin quand il dit cela, de même que lorsqu'il écrit que la mortalité de l'anus contre nature est impossible à améliorer tandis que la suture deviendra une intervention presque inoffensive; et pourtant M. Chaput conseille de ne pas faire l'entérorraphie quand le malade est dans le collapsus, c'est l'anus contre nature qu'il faut alors pratiquer ; comme il devient, dans ces conditions, difficile de comparer les statistiques!

Le collapsus correspond, en effet, à un état d'hypothermie produit par l'infection qui part du sac, infection démontrée par M. Verneuil et ses élèves et puis, comme l'a écrit Malgaigne, au point de vue de la mortalité, il y a les opérations à séances courtes et à séances longues. Il n'est pas indifférent non plus de pratiquer des manipulations sur une séreuse saine

---

l'acier ou le fluide électrique, qui soit chargé de la lugubre mission, on confierait le soin de venger la société à nos confrère, ni plus ni moins. Un délicieux anesthésique plongerait, au préalable, le patient dans un sommeil profond, exempt de tout rêve pénible, et l'on expérimenterait sur lui jusqu'à ce que mort s'en suive.

De toutes les conceptions écloses en les cerveaux surmenés de nos semblables pendant ces dernière années, celle-ci mérite la palme hors concours. Je n'en sais aucune qui soit véritablement aussi « fin de siècle ». Elle detient, sans conteste, le record de la bizarrerie et il y aura fort à faire, même en Amérique, pour trouver mieux. Et, cependant, tant l'esprit humain est borné, tellement il est voué à l'imperfection, ce mirifique projet ne satisferait pas tout le monde et ne concilierait même pas tous les intérêts. Les condamnés à mort y trouveraient probablement leur avantage ; rien n'est doux comme la mort par le chloroforme précédé d'une solide injection de morphine. Mais je craindrais que les physiologistes n'y rencontrassent plus d'un déboire. Là où il n'y a rien, le roi lui-même perd ses droits ; allez donc chercher des réflexes après les avoir tous abolis d'avance. Décidément, ce n'est pas encore le Sénat de l'Ohio qui nous donnera le moyen d'être fixés sur les relations intimes du ganglion cervical et de l'iris.

ou sur une séreuse infectée. Dans ce dernier cas, la mortalité est considérable, et l'anus contre nature qui ne fait qu'un léger traumatisme permet, au contraire, de sauver les malades ; mais il faut savoir le pratiquer, et M. Verneuil fait l'exposé de son procédé. Il fend le sac comme s'il ouvrait un abcès stercoral en mettant tout à ciel ouvert et cela avec le moins de manipulations possible. Le thermocautère est un excellent instrument dans l'espèce. Il passe un fil dans le mésentère pour s'opposer à la réduction et institue immédiatement des pulvérisations phéniquées. Grâce à cette méthode toute simple, il a pu sauver des malades chez lesquels l'hypothermie était telle qu'il avait fallu des injections d'éther pour les mettre en état d'être opérés.

La séance se termine par une lecture du docteur Rigal, sur un cas d'*appendicite infectieuse compliquée de péritonite et traitée par la résection.*

Eugène ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

M. KELSCH dépose une note de M. Constant, qui montre que le surmenage cérébral a les mêmes effets sur l'élimination de l'urée que le surmenage physique. Il peut aussi jouer un grand rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde.

M. Kelsch rend ensuite compte d'un travail de MM. Courtois et A. Loir, qui, de juillet 1893 à avril 1894, ont examiné les selles et le sang de tous les dysentériques admis à l'hôpital du Belvédère (Tunisie). Les auteurs ont constamment trouvé dans les selles un bacille très voisin du batérium coli et n'en différant que par sa virulence et des caractères morphologiques secondaires. De plus, on trouve constamment aussi des corps sphériques multicourbés contenant des fragments de bacilles, et qui sont des organismes phagocytaires. Les bacilles ont été trouvés dans le sang du foie congestionné, et dans les abcès de cet organe. Les cultures du bacille injectées aux chiens, aux lapins, au cochon d'Inde, au rat blanc reproduisirent à peu près la maladie avec ses lésions carac-

---

Le mieux, s'il est absolument indispensable au bonheur de l'humanité de connaître à fond ces relations, serait de renouveler la tentative dont le récit m'a valu la mauvaise nuit que je vous ai contée. Il faudrait seulement améliorer les conditions de l'expérience, et voici mon plan. Un bon accumulateur suspendu à l'essieu de la voiture y allumerait quelques lampes électriques. Quant aux cahots à éviter, la solution est plus délicate. On pourrait essayer de garnir les roues du tombereau d'un énorme « pneu » et, si cela ne suffisait pas, modifier l'itinéraire de la charrette de façon à lui faire faire un long circuit sur le pavage en bois. Il y a là, en germe, tout un projet de fourgon des hautes œuvres à l'usage des physiologistes, dont un modèle bien réussi ne manquerait pas d'intéresser vivement les visiteurs de l'exposition de 1900.

. . . .

Un scrupule me vient au dernier moment. Dans le trouble où m'avait jeté mon cauchemar, je n'ai pas songé à vérifier si j'avais réellement lu le fait divers dont il s'agit. Et voilà que je me prends à douter de la véracité de cette abracadabrante histoire. Vraie ou non, mon projet de voiture à expériences n'en subsiste pas moins dans toute son ingénieuse beauté.

téristiques : ulcération de l'intestin, abcès du foie, etc. Le microbe trouvé par MM. Courtet et A. Loir serait donc le microorganisme pathogène de la dysenterie. Cette maladie est, par conséquent, causée par un saprophyte dont la virulence augmente accidentellement sous l'action d'influences cosmiques et hygiéniques.

Thyroïdectomie suivie de l'ablation du cartilage cricoïde et des cinq premiers anneaux de la trachée. Nouvel appareil pour établir la phonation

M. Péan présente une malade âgée de 41 ans, à laquelle il a pratiqué l'extirpation totale du corps thyroïde en décembre 1890. A cette époque, la tumeur était bénigne; mais, deux ans après, elle récidiva au niveau de la face antérieure du larynx et de la trachée. M. Péan enleva, en même temps que la tumeur, le cartilage cricoïde et les cinq premiers anneaux de la trachée ; il s'agissait d'une dégénérescence maligne ayant pris naissance dans les débris de la thyroïde.

A la suite de cette nouvelle opération, les bords de la plaie trachéale furent suturés aux lèvres de la plaie laryngée et furent laissés libres. Trois jours plus tard une canule ordinaire fut placée à demeure dans la trachée pour en éviter le rétrécissement et pour faciliter la respiration. Un peu plus tard, la perte de substance produite au niveau du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée tendant à se combler, M. Péan pria M. E. Kraus de dilater le trajet et d'adapter à la canule trachéale une autre canule dirigée en sens opposé, afin d'empêcher cette portion du canal aérien de s'oblitérer et de combattre l'asphyxie qui était complète. L'appareil qui a été construit fonctionne parfaitement.

Voici les conclusions de M. Péan :

Les tumeurs bénignes de la thyroïde sont susceptibles de subir la dégénérescence maligne à des époques plus ou moins éloignées. Les traitements divers, soit médicaux, soit chirurgicaux, ne mettent pas les malades à l'abri de cette dégénérescence. L'ablation de ces tumeurs s'impose dès qu'elles exercent une compression fâcheuse sur le larynx et sur la trachée. Lorsqu'elles sont malignes, il ne faut pas craindre d'enlever largement les portions du canal aérien qui sont envahies par la tumeur, afin de prévenir autant que possible la récidive.

La cure radicale des hernies ombilicales

M. F. Bœckel. La cure radicale de la hernie ombilicale non étranglée est une opération peu grave, sa mortalité n'étant pas de 1,3 pour 100. Le pronostic de la hernie ombilicale étranglée étant plus grave (28 pour 100 de mortalité) la cure radicale doit être proposée dans toute hernie ombilicale non étranglée, quel qu'en soit le volume et quel que soit l'âge du sujet. Les résultats excellents de cette intervention dans les hernies petites et moyennes, sont moins brillants dans les grosses hernies ; néanmoins l'opération place le sujet dans des conditions plus avantageuses sous tous les rapports. La méthode de l'omphalectomie est la méthode de choix, attendu que, jusqu'à ce jour, elle n'a pas donné de récidive.

Sur l'origine de l'épidémie de fièvre typhoïde des villes de Sens et de Paris en février 1894

M. Bucquoy. Dès le début de l'épidémie parisienne, on fut disposé à rendre responsable de son développement le service des eaux, souvent si défectueux. Mais M. Bucquoy reçut de MM. Lorne et Moreau un renseignement qui était de nature à montrer quelle était l'origine de la maladie. Du 14 au 20 février, trois ou quatre jours avant Paris seulement, la fièvre typhoïde presque inconnue depuis longtemps à Sens, venait d'y faire son apparition et y régnait épidémiquement; or, Sens et Paris sont pourvus de la même eau d'alimentation et reçoivent toutes deux les eaux de la Vanne. Il fallait donc chercher le foyer d'origine de l'épidémie à la naissance même de ces eaux. Du reste, à Paris, les

arrondissements recevant les eaux de la Dhuys et de l'Avre étaient épargnés. Le docteur Mathieu (de Villeneuve-l'Archevêque), écrivit à M. Bucquoy que Rigny-le-Ferron, situé auprès de l'aqueduc de la Vanne et dont les eaux sont portées, après drainage, dans l'aqueduc par l'usine de Placy, avait eu, en 1893, plusieurs cas de fièvre typhoïde qui avaient pu en altérer les eaux. Le soir même où M. Bucquoy communiqua ce renseignement à l'Académie, M. Humblot fit arrêter le fonctionnement des drains incriminés.

Rigny-le-Ferron est un bourg situé, on l'a dit, à 2 kilomètres environ du point de départ de l'aqueduc de la Vanne. Il est placé au fond d'un entonnoir formé par la réunion de deux longues vallées qui y apportent les eaux des collines environnantes. Finalement, ces eaux gagnent, par les deux branches du ru de Tiremont, la rivière de la Vanne. En temps de sécheresse, la ville de Paris donne gracieusement de l'eau de source qui, amenée dans le ru de Tiremont par une dérivation de l'aqueduc de Cérilly, pourvoit au besoin des habitants de Rigny et à l'irrigation des prairies. Cette eau, après avoir irrigué les champs, aboutit à l'aqueduc principal qui lui barre la route et là elle est recueillie par une série de drains et, au moyen de pompes, refoulée dans l'aqueduc. Sur une des branches du ru est une usine d'équarrissage dont les eaux tombent dans le ru et se mêlent à celles répandues sur les prés.

Donc les eaux qui proviennent de Rigny-le-Ferron et arrivent à l'aqueduc sont des eaux de drainage et si, à leur origine ou dans leur parcours, elles ont subi quelque contamination, l'élément de leur contamination est porté avec elles dans l'aqueduc principal.

C'est Rigny-le-Ferron qui a été le point de départ de l'épidémie typhoïde de Paris et de Sens et ce sont les cas de fièvre typhoïde observés dans cette commune, en 1893, qui ont contaminé les eaux. Le premier cas de fièvre typhoïde a été importé à Rigny par une domestique qui y mourut le 24 décembre 1892. Le deuxième cas est celui d'un jeune homme mort le 6 mars 1893 ; le troisième malade mourut le 21 avril 1893. Enfin, il y eut un quatrième cas certain et deux cas douteux. Un puits, considéré comme contaminé, fut creusé et vidé en août 1893. Or, les champs reçurent des matières fécales provenant du deuxième malade ainsi que celles du troisième, désinfectées tardivement et mal.

Mais, comment se fait il qu'il se soit passé huit mois, de mai 1893 à février 1894, sans que l'épidémie ait éclaté à Sens et à Paris. Cela est dû à ce que, de mai 1893 à février 1894, par suite de la sécheresse, le ru de Tirmont n'a pas reçu une goutte d'eau. La première grande pluie est survenue le 14 janvier, et du 14 au 24 janvier la hauteur d'eau devint assez considérable. Ce n'est donc qu'en janvier que les grandes pluies détrempèrent suffisamment le sol pour entraîner les éléments de contamination déposés depuis le printemps précédent. La masse des bacilles se mélangea à ce moment au eaux de l'aqueduc, fut transportée à Sens et à Paris, et, trois semaines après, temps nécessaire pour l'incubation, la fièvre typhoïde éclatait dans ces villes.

Actuellement, tout fait supposer que l'on peut regarder l'épidémie comme terminée. En ce moment les eaux des drains n'arrivent plus dans l'aqueduc, mais on sera forcé de les y envoyer de nouveau pendant les chaleurs de l'été.

On doit réclamer des modifications importantes dans la captation des eaux qui servent à l'alimentation des villes. Les eaux de drainage traversent des groupes d'habitations, des usines insalubres, des champs où elles peuvent être contaminées et continuer à les recueillir c'est laisser les villes sous le coup d'accidents comme celui qui vient de se produire. Dans la région de la Vanne on pourrait capter un certain nombre de sources qui

permettraient de se passer de l'eau des drains, ou mieux, on pourrait aller chercher l'eau dans la nappe souterraine de la forêt d'Oth.

M. Bucquoy demande à l'Académie d'appuyer le vœu « qu'on arrive, le plus tôt possible, à supprimer définitivement les eaux de drainage dans l'acqueduc de la Vanne, et qu'en attendant cette suppression définitive, que des dificultés techniques et financières pourront retarder, les eaux de drainage ne seront mélangées aux de sources, seules de qualité parfaite, qu'après avoir subi des examens bactériologiques sérieux et fréquemment répétés. »

M. Dujardin-Beaumetz. — Toute la région des sources de la Vanne appartient au terrain crétacé qui est toujours traversé par de grandes fissures ; il n'y a pas de couches imperméables et toutes les sources de la Nièvre, les basses et les hautes, sont facilement contaminables. Il faudra des mesures de police sanitaire rigoureuses pour défendre les sources de ce genre. On devrait avertir le ministre de l'Intérieur dès qu'il se produit des cas d'une maladie transmissible par l'eau dans leurs environs, et on pourrait alors surveiller les drains, les lavoirs, etc. Si on avait connu les cas de fièvre typhoïde de Rigny, les épidémies de Sens et de Paris n'auraient pas eu lieu.

M. Brouardel reconnaît que dans le terrain crétacé les sources sont mal protégées. Cependant, dans les cas particuliers des sources de la Vanne, il serait excessif de généraliser, car les sources hautes sont au niveau de forêts où il y a un minimum de microbes. Au contraire, pour les sources basses, le danger de contamination existe. Mais, il faut bien le savoir, les conseils d'hygiène ne sont pas suffisamment armés pour protéger efficacement les sources, et les Chambres ne voteront jamais des lois restrictives du droit de propriété. Nous devons limiter nos demandes et ne pas oublier que si pour évaluer une vie d'homme on nomme un expert, on en nomme trois pour une contestation de 200 francs.

M. A. Gautier rappelle qu'il a demandé qu'on établisse un périmètre de protection autour des sources ; il serait interdit de déverser des matières pouvant être contaminées dans ce périmètre, d'y établir des lavoirs, etc.

M. Vallin insiste sur ce point que les eaux des sources basses de la Vanne viennent de fort loin et que leur seul caractère propre est leur mode d'émergence en nappe.

Pour M. Dujardin-Beaumetz, si les sources hautes de la Vanne ne sont pas contaminées, c'est par suite de la rareté des habitants sur les hauts plateaux de la région. Les sources basses sont souillées non parce qu'elles sont basses, mais parce qu'il y a des agglomérations humaines dans le voisinage.

M. Rochard invite les différents orateurs à se mettre d'accord dans la rédaction d'un vœu qui ne contienne aucune phrase sujette à discussion et renvoie la suite de la discussion à la prochaine séance.

COURRIER

La prochaine réunion des médecins de réserve et de l'armée territoriale, aura lieu au Cercle militaire le lundi 7 courant, à neuf heures, sous la présidence de M. le docteur Picqué.

M. le docteur Benech, médecin-major de première classe, attaché à la 7e direction au ministère de la guerre, fera une conférence sur le Rôle du médecin de réserve en campagne.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

Nous sommes en pleine période de concours dans les hôpitaux de Paris. Les premières épreuves pour trois places de médecins sont à peine finies que de nouveaux examens pour trois nouvelles situations au Bureau central vont commencer. Le concours pour nommer deux chirurgiens des hôpitaux bat son plein, et, enfin, dans quelques jours, les juges vont se réunir pour élire deux accoucheurs des hôpitaux.

C'est de ce dernier concours dont nous voudrions dire un mot. D'abord on vient pour lui d'inaugurer une nouvelle façon de faire dans le tirage au sort du jury.

Ce nouveau mode a, du reste, été mis en vigueur pour le deuxième concours de médecin des hôpitaux, et voici comment on procède :

La veille du tirage, les délégués des candidats, le plus jeune et le plus ancien, ont eux-mêmes mis sous enveloppe les noms des médecins des hôpitaux susceptibles d'être tirés. Chaque nom est écrit sur deux morceaux de papier, chaque papier placé dans une enveloppe paraphée par les deux délégués, puis les deux enveloppes insérées dans une autre enveloppe.

Ce sont ces dernières enveloppes qui sont tirées au sort le lendemain par le directeur général.

Par ce procédé assez compliqué, toute fraude dans le tirage au sort du jury est d'un côté impossible et, d'autre part, le contrôle des opérations est facile pour tout le monde. Une liste affichée en permanence dans le bureau du personnel médical à l'Assistance publique indique l'état des acceptations et refus jusqu'à constitution complète du jury.

Voilà qui est fort bien et de cela nous n'avons pour le moment rien à dire; mais ce qui nous paraît plus curieux, c'est que le concours des accoucheurs soit régi par le même règlement que celui mis en vigueur pour la nomination des médecins et des chirurgiens. Ce règlement dit que le titulaire des hôpitaux qui a fait partie d'un jury reste pour un an dispensé de participer à tout concours, ce qui fait que comme il y a un concours par an, les juges sont sûrs de ne pas être les mêmes.

Pour les accoucheurs, la question change ; il n'y a pas eu de place l'an dernier, et cette fois il y en a deux d'affichées ; comme deux années se sont écoulées depuis les dernières épreuves, tous les noms des accoucheurs titulaires ont été remis dans l'urne et le même jury peut sortir deux fois. Il y a là, il nous semble, un petit vice de forme. Certes, nous ne voulons pas mettre en doute l'impartialité des juges ; nous savons que dans les concours des hôpitaux de Paris on a tout fait, au point de vue règlement, pour écarter tout favoritisme ; mais il n'en est pas moins vrai que les hommes sont toujours des hommes, et que sans aller jusqu'à dire, ce qui est faux et qui se répète trop souvent, que pour être reçu il faut avoir son jury, il n'en est pas moins vrai qu'on sera plus écouté, plus soutenu dans des questions de

théorie et de doctrine par un maître qui vous connaît, qui aura pu vous apprécier et qui pourra vous défendre.

Il faut donc faire en sorte, il nous semble, que les mêmes juges ne puissent pas se retrouver toujours en face du même candidat malheureux; c'est ce qui se fait pour la médecine et pour la chirurgie. Nous ne comprenons pas l'exception pour le concours d'accoucheurs.

HYGIÈNE

Les Cimetières (*suite et fin*).

Dans un précédent article (1), nous avons parlé de l'influence qu'exerce sur la décomposition des cadavres le degré d'humidié et de porosité du sol dans lequel ils sont inhumés; il nous reste à étudier les autres conditions qui peuvent hâter ou ralentir cette destruction. La composition chimique du terrain n'a pas la même importance que ses propriétés physiques; mais elle n'est pas à dédaigner, lorsqu'il s'agit de choisir l'emplacement d'un cimetière.

L'ammoniaque résultant de la décomposition des cadavres n'est pas absorbée de la même manière par tous les terrains. L'argile s'en empare avec une grande énergie; mais c'est une action toute mécanique; elle l'emmagasine pour la rendre plus tard et peu à peu aux eaux de filtration. Les minéraux à grain serré sont ceux qui l'absorbent le moins facilement. L'oxyde de fer augmente le pouvoir des silicates; il s'empare de l'hydrogène sulfuré et de l'hydrogène phosphoré qui se dégagent pendant la putréfaction; le sulfure de fer formé se convertit en sulfate. Les acides acétique, lactique, butyrique qui se forment pendant les premières phases de la décomposition sont en grande partie neutralisés par les carbonates de chaux et de magnésie. Les terres fortement alcalines consomment en très peu de temps les cadavres, comme l'a démontré Orfila; ils se conservent longtemps dans le sable, tandis que la saponification ne tarde pas à s'accomplir dans le terreau (2).

En somme, le terrain le plus propre à l'établissement d'un cimetière est celui qui est calcaire ferrugineux, perméable à l'air et à l'eau et dont le sous-sol permet l'écoulement lent et régulier des eaux de pluie (3). Les terrains argileux mêlés de sable et de cailloux peuvent être choisis, quand on n'en trouve pas d'autres. Ceux qui sont formés d'une argile compacte ne peuvent pas être utilisés pour des cimetières sujets à des tours de rotation (4).

L'élévation de la température active sensiblement la destruction des corps. La profondeur à laquelle ils sont enfouis exerce aussi son action. La couche qui renferme les microbes agents de la putréfaction a deux mètres de profondeur; mais c'est dans le mètre le plus superficiel qu'ils

(1) *Union médicale* du 24 avril, p.
(2) F. Arnould, *Nouveaux éléments d'hygiène*. Deuxième édition, Paris, 1889, p. 96.
(3) L. Lossier, Des conditions d'un bon cimetière. Expertise chimique des terrains (*Revue d'hygiène*, 1880, n° 6).
(4) Docteur Gosse, professeur de médecine légale à l'Université de Genève. Du choix du terrain pour un cimetière. (Comptes rendus et mémoires du quatrième congrès international d'hygiène et de démographie. Genève, 1883.)

sont le plus nombreux. On avait déjà remarqué, avant les découvertes de la bactériologie, que la destruction des corps marche d'autant plus lentement qu'ils sont enfouis plus avant dans la terre et Ricke avait reconnu qu'au delà d'une certaine profondeur, ils se conservaient indéfiniment sans se détruire (1).

La façon dont les corps sont enterrés a aussi son importance. Dans un rapport lu au Comité consultatif d'hygiène publique, le 19 juillet 1886, à propos de la création d'un nouveau cimetière à Boulogne-sur-Seine, M. Brouardel (2) a signalé le retard qu'apportent à la destruction les bières à parois résistantes, imperméables, ainsi que les substances antiseptiques qu'on y introduit.

Lorsqu'un cadavre est simplement enfermé dans une bière en voliges de sapin sans sciure de bois ni mixture spéciale, sa décomposition est complète en dix-huit mois ou deux ans et il ne reste plus que le squelette. Quand le cercueil est rempli de sciure de bois phéniquée, de mixtures, d'essence de mirbane. la décomposition ne se fait plus ; le cadavre est comme momifié ; quand on l'exhume au bout de cinq ans, on le trouve desséché, saponifié, mais non détruit. Dans les bières doublées en métal ou en toile caoutchoutée, la décomposition se fait ; mais les liquides sont retenus dans la bière ; ils y forment un demi-bain liquide horriblement fétide dans lequel nagent le squelette et les tissus non décomposés.

Il s'agit maintenant de rechercher si les phénomènes de décomposition qui s'accomplissent sur une si grande échelle dans le sol des cimetière ne sont pas de nature à porter atteinte à la santé publique par les gaz qui s'en dégagent les liquides qui s'en écoulent et les germes contagieux qui peuvent s'y trouver.

Les gaz sont considérés comme inoffensifs, pour les raisons que nous avons fait connaître.

Bouchardat a traité cette question avec autant de compétence que de soin : « Il existe, dit-il, dans l'opinion publique, une grande exagération « sur la nocivité des gaz des fosses. On ne trouve, à ce sujet, que des asser- « tions vagues qui sont répétées dans les traités d'hygiène et finissent par « se tranformer en vérités classiques (3). »

Il passe alors en revue toutes les légendes qui ont eu cours et qui ne reposaient sur aucune observation sérieuse. Il raconte entre autres l'histoire d'une expertise dont il fut chargé, il y a une dizaine d'années et qui prouve avec quelle facilité les erreurs de ce genre s'accréditent.

On se préoccupait beaucoup, à ce moment, d'odeurs fétides qui semblaient se dégager du cimetière Montparnasse et qui se répandaient dans tout le quartier. Bouchardat fut délégué par le Conseil d'hygiène pour faire une enquête à ce sujet, et il reconnut que les émanations putrides ne sortaient pas du cimetière, mais bien d'une maissn située dans le voisinage où l'on faisait cuire les vieux cataplasmes des hôpitaux pour en extraire de l'huile de lin. Cette étrange industrie fut supprimée et les plaintes cessèrent. Les mêmes accusations ont été dirigées contre le cimetière Mont-

(1) E. Richard. *Précis d'hygiène appliquée.* Paris, 1891, p. 87.

(2) Brouardel. Projet de création d'un nouveau cimetière à Boulogne-sur-Seine. (*Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique*, 1886, t. XVI, p. 360.)

(3) A. Bouchardat. *Traité d'hygiène publique et privée.* Paris 1893, p

martre et avec tout aussi peu de fondement. La preuve qu'il ne se dégage pas de gaz nuisibles dans les cimetières bien tenus, c'est qu'on n'y sent aucune mauvaise odeur, tandis que dans toutes les villes, il y a des rues qui infectent pendant l'été. L'analyse de l'air le prouve également. La composition est la même que celle de l'atmosphère voisine ; on y trouve les mêmes bactéries en nombre à peu près égal, ainsi que le prouvent les recherches faites par M. Miquel. Parmi les bactéries récoltées dans le cimetière du Sud, il n'en est pas qui, injectées par millions dans le sang des animaux vivants y aient produit des désordres pathologiques même légers (1).

L'innocuité des eaux d'infiltration n'est pas aussi certaine. Belgrand accusait celles du cimetière Montparnasse et du Père-Lachaise de souiller les puits du voisinage, et il en donnait pour preuves la saveur nauséeuse et l'odeur infecte des eaux qu'ils contenaient. Il avait constaté le fait directement au cours des travaux souterrains exécutés dans les deux cimetières. Il est certain qu'on ne peut pas songer sans inquiétudes à ces infiltrations qui doivent se mêler à la nappe souterraine lorsqu'elle est superficielle et que, dans ses ascensions, elle pénètre dans les tombes en submergeant les cadavres. Elle doit, en se retirant, entraîner avec elle les produits de leur décomposition et le porter au cours d'eau qu'elle alimente.

Cependant, Pettenkoffer, qui fait autorité en pareille matière, considère cette cause de contamination comme insignifiante, lorsqu'on la compare à tout ce que déversent dans la nappe souterraine, les habitations et la voie publique. Il a calculé que les éléments putrescibles provenant de ces deux sources et pénétrant dans le sous-sol de Munich, équivalent à ceux que produirait l'inhumation annuelle de 50,000 personnes, représentant le quart de sa population.

Quoiqu'il en soit, et sans s'effrayer outre mesure des infiltrations provenant des cimetières, l'eau des puits situés dans leur voisinage doit être considérée comme suspecte et la distance légale de 100 mètres est tout à fait insuffisante. Il faudrait au moins la doubler, de l'avis de tous les hygiénistes, pour les puits à creuser, et il serait également prudent de défendre d'employer l'eau de ceux qui existent déjà à des usages alimentaires.

Il nous reste à examiner le dernier reproche adressé aux cimetières, celui d'emmagasiner les germes des maladies infectieuses pour les répandre plus tard sur les populations. On sait que les spores de certains microbes pathogènes peuvent se conserver longtemps dans le sol sans perdre de leur virulence. Cela a été prouvé pour la bactéridie charbonneuse, par M. Pasteur, et pour le bacille d'Eberth, par M. Grancher. Ils ne peuvent assurément pas remonter tout seuls à la surface du sol ; mais quand on creuse une fosse, les microbes contenus dans la terre qu'on rejette à la surface, peuvent être emportés par le vent lorsqu'elle se dessèche et se mêler aux poussières de l'air. Cela n'est pas impossible, mais il n'existe pas de fait qui le démontre, on en est encore à citer une épidémie qui soit sortie d'un cimetière. Pendant les années 1870 et 1871, on a enterré à Paris et dans les environs un nombre considérable de morts, parmi lesquels figuraient nombre

(1) Léon Colin. *Etude hygiénique et médicale*, 1885, p. 85.

de varioleux et de typhoïdiques, et jamais il n'y a eu moins de décès à la suite de ces maladies que pendant les années qui ont suivi celles-là (1).

On peut conclure de tout ce qui précède que les cimetières ne sont pas aussi dangereux qu'on l'a dit et que l'hygiène n'en exige pas la suppression ; mais cela ne veut pas dire qu'ils ne laissent rien à désirer, et le décret du 23 prairial an XII, ne me satisfait pas aussi complètement que le docteur du Mesnil. Je trouve la distance de 100 mètres insuffisante pour le forage des puits comme pour la construction des habitations ; il faudrait comme en Allemagne, les porter à 200 mètres. Les fosses sont beaucoup trop rapprochées et c'est cela qui cause l'encombrement des cimetières. La durée de la rotation est trop courte ; elle amène fatalement, dans certaines localités, la saturation du sol et les corps ne s'y détruisent plus. En Suède, on ne rouvre les fosses qu'au bout de quinze ans ; en Finlande, on en exige vingt ; il faudrait en France adopter un minimum de dix années pour les anciens cimetières et, lorsqu'on en établit de nouveaux, leur donner une étendue suffisante pour qu'on pût laisser reposer les cadavres pendant vingt ans. La décence, le respect des morts et l'hygiène y trouveraient également leur compte.

Il faut autant que possible choisir, pour les cimetières un terrain élevé, sec et perméable, mais il n'est pas toujours possible d'en trouver dans ces conditions au voisinage des villes et dans les pays de plaines, où la terre est habituellement humide, il est indispensable de les drainer avant de s'y établir. Nous avons parlé de ce mode d'assainissement à l'occasion du nouveau cimetière de Saint-Nazaire ; l'opération n'a pas toujours besoin d'être aussi compliquée. Les drains doivent être placés à 70 ou 80 centimètres au dessous de la zone inférieure des sépultures, et à 6 ou 7 mètres les uns des autres. Ils doivent être dirigés, en pente douce, vers les collecteurs, et ceux-ci ne doivent pas se déverser dans les cours d'eau du voisinage ; il vaut mieux les conduire, comme les eaux d'égout, sur des terrains d'épandage que leurs eaux fertilisent en s'épurant et qu'on peut convertir en prairies parce que les produits d'une culture maraîchère pourraient inspirer du dégoût.

Le décret du 23 prairial prescrit d'entourer les cimetières d'un mur de clôture de 2 mètres de haut et d'y planter des arbres. Cette dernière mesure est excellente, quoiqu'on en ait dit. Priestley, Tardieu, Fonssagries en ont fait ressortir les avantages à tous les points de vues. On a constaté en Angleterre que la décomposition des corps est plus rapide dans le voisinage des racines des arbres et que la terre y est plus sèche que partout ailleurs. Les racines se dirigent du côté des bières, pénètrent par leurs fissures, aspirent les liquides cadavériques, les décomposent, préviennent le dégagement des gaz à la surface du sol.

Tardieu donne, à l'égard des plantations, les conseils suivants : « Les « arbres droits, élancés, comme les ifs, seront préférés aux cèdres dont les « branches sont horizontales, aux saules dont les rameaux flexibles re- « tombent en couches épaisses sur le sol. Les trembles, les peupliers d'Ita- « lie, dont les feuilles toujours en mouvement agitent et tamisent l'air,

(1) Bouchardat. *Traité d'hygiène*, loc. cit. p. 828.

« seront préférés au feuillage plus lourd et plus épais du marronnier » (1). Nous joindrons à cette liste l'eucaliptus dont les racines absorbent l'eau avec une énergie telle qu'elles constituent de véritables drains verticaux et qui donnent si peu d'ombre. Seulement sa culture n'est possible que dans les pays où la température ne descend jamais au-dessous de sept degrés.

Nous aurions encore bien des choses à dire sur l'hygiène des inhumations, mais nous avons dû nous borner à traiter le côté pratique de la question.

Jules Rochard.

Cellulite abdomino-pelvienne. — Paramétrisme. — Fixation (2)

Par le docteur Stapfer (de Paris)

Les Suédois ont donné le nom de cellulite à une affection qui n'a rien de commun avec le phlegmon. Elle est constituées par des œdèmes durs ou mous, et dans ce cas de consistance pâteuse, qui siègent dans le tissu conjonctif sous-cutané et sont fort douloureux. Cette affection n'a été décrite qu'en Suède. Les livres de gynécologie anglais, italiens, allemand ne la mentionnent pas, si je ne me trompe, et je crois avoir été le premier à la signaler en France. Cet oubli vient, je crois, d'abord de ce que les publications faites en Suède sur le sujet ont été imprimées en suédois, et ensuite de ce nom de cellulite qui prête à la confusion. On se figure, en voyant ce mot, qu'il s'agit du phlegmon, et la cellulite des Suédois n'a, je le répète, rien de commun avec le phlegmon.

Rien n'est nouveau sous le soleil, et, quand on découvre une affection nouvelle, il y a chance que beaucoup d'obsvaerteurs s'écrient : « Mais nous connaissons cela? » Les gynécologues vont donc reconnaître facilement, d'après ma description, la cellulite des Suédois; seulement ceux-ci ont le mérite d'avoir déterminé le caractère de la maladie.

Tous les gynécologues savent que certaines femmes, en état d'apyrexie absolue, souffrent de la paroi abdominale. La moindre pression exercée sur cette paroi est douloureuse et, lorsqu'on saisit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané en y faisant un pli, la femme souffre si vivement que parfois elle pousse un cri.

Pour nous Français, nous reconnaissons à ce signe les névralgies de Beau et de Valleix, qui appelaient l'attention de leurs élèves sur la confusion possible entre ces névralgies et les affections abdominales profondes. Seulement les Suédois ne se sont pas contentés du diagnostic névralgie. L'habitude du massage leur a permis une exploration plus complète et ils ont constaté en massant que les douleurs avaient leur point de départ dans des noyaux d'œdème durs ou pâteux, variant de la grosseur d'un grain de riz à celui d'une noisette ou même d'une noix et siégeant dans le tissu connectif. Ils ont constaté de plus que le massage anéantissait douleur et œdème.

Cette affection peut se généraliser. Josephson, de Stockolm, qui a écrit sur le sujet, déclare qu'elle peut occuper « le cuir chevelu, les bras, les surfaces antérieures et latérales de la poitrine, la région fessière, la face interne des cuisses. Elle prête à la confusion avec les sciatiques, les pleurésies sèches, les affections cardiaques ou gastriques.

Un autre Suédois, où plutôt une Suédoise, le docteur Viderhshœm, a signalé la cellulite sur toute l'étendue des parois pelviennes où elle se révèle au toucher comme une pâte où comme de petits grains circonscrits dans le tissu adipeux des fosses ischio-rectales, dans les muscles et surtout dans les attaches du relveur du coccyx. Le docteur Vidershœm croit que la coccygodynie est une forme méconnue de cette affection. J'ai

---

(1) A. Tardieu. Article inhumation du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XIX, p. 92.

(2) Communication faite au Congrès romain.

moi-même décrit la cellulite des Suédois en France, dans les *Annales de gynécologie*, en juillet et août 1893. C'est la kinésithérapie gynécologique, c'est à-dire la pratique du traitement de Brandt qui m'a permis d'observer la cellulite. Je l'ai décrite sous le nom de cellulite et myo-cellulite, parce que je suppose qu'elle peut occuper les espaces connectifs interfibrillaires. Je ne veux pas refaire ici cette étude, mais simplement résumer et compléter mes opinions à son sujet, en montrant comment de la cellulite dérive une affection qui n'est, je crois, cataloguée dans aucun ouvrage de gynécologie, qui est peut-être la source de la plupart des douleurs génitales de la femme et à laquelle je donne le nom de paramétrisme.

La cellulite sous-cutanée abdominale et la cellulite intra-pelvienne donnent parfois naissance à des contractures musculaires de voisinage. Quand cette contracture siège dans le puissant appareil musculaire des ligaments utéro-ovariens, on observe des déviations et des fixations, ou des pseudo-fixations qui peuvent être prises pour de véritables adhérences. Ces pseudo-fixations ne s'évanouissent pas sous le chloroforme, parce que celui-ci agit faiblement sur les muscles lisses. Par contre, le massage, pratiqué suivant les règles de Brandt, les fait disparaître.

Pour bien faire comprendre ma pensée, il est indispensable que je parle de la cause originelle de ces pseudo-fixations et contractures c'est-à-dire de cette forme intra-pelvienne de la cellulite.

La cellulite intra-pelvienne se manifeste habituellement par quatre signes : 1° *la douleur au toucher rectal*; 2° *la sensation de poids ou de descente*; 3° *la contracture*; 4° *l'œdème.*

1° *La douleur* au toucher rectal est tellement vive dans certain cas que les malades poussent un cri à l'introduction du doigt ou même s'évanouissent. On pense à une fissure à l'anus; on la cherche, on ne la trouve pas. C'est ce que les Anglais ont décrit sous le nom de rectum hystérique ; mais l'hystérie n'a rien à voir là. Elle peut exister concurremment, elle peut naître sous l'influence de la cellulite et disparaître avec elle ; mais là où il y a des lésions palpables et guérissables, il ne faut pas s'en tenir au diagnostic banal de nervosisme.

La douleur peut exister soit au niveau des sphincters, soit au niveau des attaches du releveur, soit au niveau des parois à l'effleurage du doigt, soit sur les organes génitaux, soit autour d'eux.

La douleur se manifeste spontanément, sous forme de crampes. Les garde-robes sont parfois très douloureuses; je n'ai jamais observé la douleur retardée spéciale à la fissure à l'anus. J'ai vu la souffrance exister au moment où les matières s'engagent dans le rectum. En pareil cas, la cellulite siégeait très profondément, sur les ligaments postérieurs. Epaissis et fortement contracturés, ils tiraient l'isthme en arrière et le collaient à la paroi postérieure. La douleur est plus ou moins vive et diversement localisée suivant que les organes déviés sont fixés plus ou moins près des plexus nerveux.

Beaucoup de malades souffrent pour s'asseoir ou se relever.

2° *La sensation de poids ou de descente* est continue ou intermittente. Elle s'exaspère au moment des molimens, c'est-à-dire deux fois par mois. Elle fait croire à une menace de prolapsus et expose les malades à d'inutiles pessaires.

3° *La contracture* se manifeste soit dans le paramètre, c'est-à-dire dans les ligaments suspenseurs de l'appareil utéro-ovarien, soit dans les muscles formant le plancher pelvien. Les sphincters sont parfois violemment contractés, dans les deux cas. Lorsque la contracture siège dans l'appareil suspenseur ligamentaire, on oberve des déviations, soit de l'utérus, soit de la trompe, soit de l'ovaire.

A un degré léger, la contracture se borne à une tension des ligaments latéraux ou

postérieurs. Quand on exerce sur eux une traction même peu marquée, la femme se plaint. Le massage fait rapidement disparaître ces contractures du premier degré. C'est une des remarquables propriétés du massage que celle d'assouplir les ligaments.

A un second degré les organes sont déviés. La déviation est parfois assez forte, l'immobilisation assez grande pour qu'on se pose la question d'adhérences réelles. Le massage seul peut la trancher. S'il s'agit de contracture, elle disparaît par un massage bien fait, et en un nombre varié de séances, quelquefois en une seule on peut redresser un utérus qui semblait absolument fixé, relever une trompe, mobiliser un ovaire, à condition de bien opérer.

A un troisième degré, non seulement il y a contracture, mais il y a rétraction Dans ce cas, il y a véritable fixation et l'anamnèse seule apprend s'il y a rétraction ou formation de néo-membranes. Si la femme n'a jamais eu de pelvi-péritonite, il s'agit de rétraction et de contracture. C'est le plus haut degré de ce que j'appelle paramétrisme. Un massage persévérant, mené avec prudence et habileté, peut remédier à ce degré de paramétrisme, mais on doit y joindre avec le temps les étirements et les élévations mesurées.

4° *Les œdèmes* ne se manifestent pas comme ceux du tissu connectif abdominal. Cela pour une bonne raison. C'est qu'on ne peut saisir les organes pelviens comme on saisit la peau du ventre en y faisant un pli.

Les œdèmes seraient perceptibles sur la paroi pelvienne suivant le Dr Vidershœm sous forme de grains durs. C'est possible et, en deux ou trois circonstances, j'ai senti ou cru sentir de pareilles indurations douloureuses ; mais, c'est, je crois, un tort d'assimiler la cellulite intra-pelvienne à la cellulite sous-cutanée abdominale, quant à la forme et à la consistance de l'œdème. Quant à la nature, c'est autre chose. C'est bien un œdème dans l'un et l'autre cas. Donc, à mon avis, sur le plancher périnéal, le clinicien ne trouvera d'ordinaire que la douleur et la contracture. C'est ailleurs, c'est plus loin, sur l'utérus et les annexes, autour d'eux, dans toute la zone ligamentaire, qu'il cherchera et trouvera la cellulite. Là l'œdème est nettement perceptible, dur ou mou. Autour de la trompe, il se manifeste par un gonflement des deux tiers externes de cet organe. Sur les ligaments, il se révèle par des épaississements, par des nodosités, par des cordes tendues, douloureuses au début du traitement. Les ligaments de Douglas peuvent être gros comme le doigt et durs comme du bois.

La cellulite est à mes yeux une forme de l'exsudat des Allemands. Comme le paramétrisme et les fixations qui en dérivent, c'est une lésion secondaire dont les troubles circulatoires sont la cause originelle. Je suppose, pour mieux faire comprendre ma pensée, une femme ayant un utérus retroversé mobile non douloureux. A un moment donné, par suite d'un trouble circulatoire, auquel de tels utérus sont toujours exposés, la cellulite peut paraître et si le paramétrisme s'y joint, l'utérus se fixe douloureusement. Je suppose encore une femme qui a fait une fausse couche, ou qui n'a nourri aucun de ses enfants nés à très faible intervalle. Cette femme conserve des trompes en subinvolution, grosses, œdématiées, enveloppées en un mot d'une atmosphère de cellulite. Si cette trompe reste mobile et libre ainsi que l'ovaire adjacent, la femme ne souffre pas; mais si la contracture survient, si trompe et ovaire se fixent, si, en un mot, le paramétrisme est créé, alors la vie de cette femme non traitée peut devenir une vie d'infirme. Que des organes en simple subinvolution, que le seul trouble de la circulation puisse amener de telles conséquences, cela prouve qu'on les observera à plus forte raison en cas d'altération grave de l'utérus et des annexes.

Le traitement de cette sorte de trilogie, cellulite, paramétrisme, fixation doit être divisé en préventif et curatif.

Préventif, il consiste en prédications assez inutiles malheureusement contre le corset serré, dans le respect de l'hygiène conjugale, dans les bons soins donnés aux fausses couches, et dans l'allaitemsnt maternel toutes les fois qu'il est possible, car les organes ne se reposent, ne sont à l'abri des perpétuelles congestions que pendant l'allaitement.

Curatif, il consiste dans la Kinésithérapie gynécologique, c'est-à-dire dans le massage joint à la gymnastique, ou dans la gymnastique seule, suivant les cas, le tout pratiqué conformément aux principes de Brandt. Je ne puis entrer ici dans les détails techniques. Je les ai décrits ailleurs. J'ajouterai simplement ceci en terminant : quand les médecins connaîtront la Kinésithérapie gynécologique, ils ne guériront pas toutes leurs malades, loin de là ; mais ils en guériront bon nombre. Il y aura moins de diagnostics erronés ou incomplets, de femmes abandonnées à de perpétuelles douleurs, ou mutilées pour de minimes lésions des trompes des ovaires, ou de l'utérus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mai. — Présidence de M. Ferrand

Ictère grave hypothermique par infection coli-bacillaire

M. Hanot, qui a déjà présenté à la Société plusieurs observations d'ictère grave hypothermique qu'il a cru devoir rattacher au coli-bacille, en apporte une autre aujourd'hui, qui contient plusieurs arguments nouveaux en faveur de la pathogénie qu'il défend.

Cette observation, relative à un homme de 35 ans, alcoolique invétéré, peut se résumer ainsi : lithiase rénale et hépatique — néphrite suppurée — ictère grave hypodhermique — mort — infection générale par le coli-bacille.

L'autopsie montra que la néphrite aiguë ne représentait pas ce que les chirurgiens appellent une néphrite ascendante. En effet, la vessie était saine, l'uretère n'avait pas suppuré. Dans le rein, pas d'envahissement purulent du centre à la périphérie, pas d'ascension le long des tubes droits, pas de néphrite suppurée rayonnante. Au contraire, les abcès miliaires dans les deux reins; un processus diapédésique manifeste, une infection par la voie vasculaire.

Mais s'il n'y a pas eu néphrite ascendante au sens qu'on prête à ce mot en chirurgie, c'est-à-dire suppuration rénale, à début canaliculaire consécutive à la suppuration de l'uretère et du bassinet, il peut y avoir eu infection ascendante par le coli-bacille souvent présent dans les voies d'excrétion urinaire. La collection purulente du rein droit contenait le coli-bacille pur. Il est probable qu'il était arrivé par la voie que M. Hanot vient de signaler, et qu'il s'était particulièrement fixé là à la faveur de la tithiase rénale jouant le rôle de lésion d'appel. Ce premier foyer une fois constitué a réalisé l'infection sanguine dont l'existence fut démontrée pendant la vie par l'examen du sang.

L'infection sanguine donna lieu ensuite à deux localisations principales sur les deux organes de moindre résistance, le rein, d'une part, où elle a déterminé des deux côtés la formation d'abcès miliaires, et le foie, d'autre part, dont elle a trouvé les cellules en état flagrant d'infériorité.

Pour ce qui est de l'ictère grave, M. Hanot n'hésite pas à la rattacher à l'infection coli-bacillaire. On a retrouvé, en effet, le bactérium coli dans le sang pendant la vie. Il est vrai qu'on ne l'a pas retrouvé sur les coupes après la mort, mais jusqu'ici c'est dans les cas d'invasion directe et primitive du foie qu'on l'a constaté dans le parenchyme hépatique. Et d'ailleurs, la présence réelle du microorganisme n'est nullement nécessaire pour que se produise la destruction de la cellule hépatique ; il est hors de conteste aujourd'hui que sa toxine suffit.

Chez le malade de M. Hanot la température descendit jusqu'à 34°8 une heure avant la mort.

M. Hanot rappelle à ce propos que son interne, M. Boix, a démontré que les cultures vivantes de coli-bacille produisent l'hypothermie; bientôt on apportera la preuve que la toxine du coli-bacille suffit à elle seule à produire l'hypothermie. M. Hanot explique donc la production de l'ictère hypothermique en admettant que l'infection coli-bacillaire, soit directement par le microbe, soit indirectement par la toxine de ce microbe, détermine à la fois l'hypothermie et la destruction de la cellule hépatique déjà modifiée et qui ne résiste plus. L'hypothermie résulte de l'infection générale et non de l'altération cellulaire hépatique. D'ailleurs, si la destruction cellulaire expliquait seule l'hypothermie, celle-ci s'observerait dans tous les cas d'ictère grave, ce qui n'est pas. Le type même de l'ictère grave est l'ictère grave hyperthermique.

Peu de temps après le fait dont il s'agit, M. Hanot a eu l'occasion d'observer un autre cas d'ictère grave, hyperthermique celui-là, et qui lui a, pour ainsi dire, fourni indirectement la preuve de l'exactitude de son opinion.

En effet, dans ce fait d'ictère grave hyperthermique (39°6 un peu avant la mort) consécutif à une hépatite alcoolique, on ne trouva le coli-bacille ni pendant la vie ni après la mort. L'ensemencement de sang pris dans le foie et dans une veine du pli du coude 24 heures avant le décès donna seulement quelques rares colonies de staphylococcus albus. Il en fut de même de l'ensemencement d'un peu de pulpe hépatique prise une demi-heure après la mort.

M. Marfan pense que l'envahissement agonique par le coli-bacille n'est pas un fait tout à fait établi. Il semble résulter des expériences de Wurtz à ce propos, que l'envahissement se fait ou ne se fait pas suivant le mode d'expérimentation sur les animaux ; quand il y a des lésions de l'intestin, l'envahissement coli-bacillaire peut se faire ; dans d'autres conditions, il ne se fait pas ; il y aurait donc une relation entre le genre de mort et l'envahissement agonique par le coli-bacille.

M. Rendu. — Il est des cas où les cirrhotiques meurent avec de l'hypothermie, d'autres, avec de l'hyperthermie.

Ne s'agirait-il pas aussi d'une infection secondaire se faisant dans les derniers jours de la vie ?

M. Hanot a vu, comme M. Rendu, beaucoup de cirrhotiques succomber dans l'hypothermie et croit que l'on peut incriminer le coli-bacille. Mais les recherches qu'il poursuit dans ce sens ne sont pas encore terminées.

De l'emploi de la glycérine dans les coliques hépatiques

M. Ferrand rapporte les résultats d'expériences qu'il a entreprises autrefois sur le traitement des coliques hépatiques par la glycérine. Voici les conclusions de sa communication :

1° La glycérine administrée par l'estomac est absorbée en nature. On la retrouve jusque dans le sang des veines sus-hépatiques ;

2° C'est un puissant cholagogue et un agent précieux contre les coliques hépatiques ;

3° A dose relativement massive (20 à 30 gr.), la glycérine détermine la fin de la crise ;

4° A dose légère (5 à 15 gr.), la glycérine prise chaque jour, dans un peu d'eau alcaline prévient de nouvelles attaques ;

5° La glycérine, sans être un lithontriptique, est donc le médicament par excellence de la lithiase biliaire.

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

Le pain est le premier des aliments chez tous les peuples civilisés. Sa bonne qualité est donc une condition de premier ordre pour l'hygiène.

Le pain de froment est le meilleur de tous et son usage se répand de plus en plus. Les pains de seigle, d'orge ne se consomment plus que dans les campagnes et dans les pays pauvres. Le froment est de toutes les céréales celle qui renferme le plus de gluten. Il en contient 15,42 pour 100. Les minoteries le convertissent en farine complètement dépouillée de tous les corps étrangers et blutée à 15 pour 100 dans les campagnes, à 20 pour 100 pour les blés durs dans les manutentions militaires et à 12 pour 100 pour les blés tendres. Le pain blanc consommé dans la plupart des villes est bluté à 22 pour 100; à Paris, depuis bien des années, on n'emploie que de la farine blutée à 28 et même 30 pour 100. Dans ces conditions, 100 kilogr. de blé donnent, en moyenne, 75 kil. 5 de farine et 102 kilogr. de pain. Pour certains pains de luxe, on pousse l'épuration beaucoup plus loin; mais ils n'en sont pas meilleurs pour la santé. Beaucoup de médecins pensent même que le pain ordinaire fait avec les farines blutées à 15 ou 20 pour 100 vaut mieux que le pain de luxe. Il est aussi nourrissant et il contient plus de sels et notamment de phosphates qui sont surtout renfermés dans l'enveloppe du grain. L'usage du pain dont la farine a été trop épurée contribue à la constipation habituelle aux gens du monde.

La façon dont le pain est fabriqué a la plus grande importance au point de vue de l'alimentation et le médecin doit en connaître les détails. Il faut que la farine soit pétrie avec beaucoup de soin à la main ou à la mécanique; mais ce dernier procédé est de beaucoup préférable pour la propreté et pour l'homogénéité de la pâte. Il faut que le levain soit de bonne qualité et préparé de la veille, que l'eau soit pure, tiède et additionnée de 5 à 6 grammes de sel marin par kilogramme de pain à obtenir.

Le four doit être chauffé à 200 ou 250 degrés; il faut que le pain y séjourne 45 minutes. Quand il en sort, il a perdu environ 25 pour 100 de son poids et pourtant la température du centre n'a pas dépassé 85 degrés. C'est même l'estimation la plus élevée.

Le pain bien préparé a une odeur franche, une saveur agréable. La mie est homogène, parsemée d'œils nombreux et de dimensions à peu près égales, sans crevasses ni boursouflures étendues. Elle est suffisamment élastique pour que le pain revienne à son volume primitif, après avoir été soumis à une pression énergique. Elle ne présente pas de grumeaux, pas de partie où la pâte n'a pas levé et qu'on nomme *marrons* en terme de boulangerie.

Dans un autre article nous parlerons de sa conservation et de ses altérations.

COURRIER

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort du docteur Labbé, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. L'enterrement aura lieu mercredi à la Madeleine.

Faculté de médecine de Paris. — M. Raymond (Fulgence) est nommé professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

— Une chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris a été déclarée vacante.

— Le jury pour le prochain concours du bureau central (médecine), qui doit s'ouvrir le 18 mai prochain, est définitivement constitué de la façon suivante: MM. Moissenet, Berger, Brocq, Comby, Gaucher, Gouraud et Letulle.

— A la dernière séance du conseil municipal de Paris, M. Quentin-Beauchart a questionné l'administration sur les dangers du chauffage des voitures au moyen des bri-

quettes. Le secrétaire général de la préfecture de police a déclaré que les loueurs et propriétaires ont été avertis par lettre qu'à dater de l'hiver 1894, l'administration exigerait la stricte application de l'arrêté qui interdit l'emploi des briquettes pour le chauffage des voitures de place.

Faites encore bouillir votre eau, habitants de Paris, quoiqu'on ait commencé à distribuer de l'eau de source dans tous les quartiers de la capitale. La Vanne, qui, bien entendu, n'a pas de double conduite, vient d'avoir une rupture, et la Compagnie typhoïdique des eaux vient de placarder sur les murs que, pendant plusieurs jours, Paris serait empoisonné. Cet accident dans les conduites d'une des principales sources de notre ville, va coûter la vie à nombre d'habitants et faire plusieurs milliers de malades. Comme on le voit, c'est joliment plus terrible que les bombes anarchistes et ce n'est pas fait pour amener des visiteurs dans notre capitale. Et cependant le Conseil municipal n'a jamais marchandé les fonds pour améliorer l'état hygiénique de la ville!

Et bien, savez-vous le seul résultat qu'ait eu jusqu'à présent ce nouvel accident, c'est de faire expressément interdire par M. Poubelle à tout employé de la Compagnie des eaux de donner le plus petit renseignement à n'importe quel médecin. C'est inouï! On dirait que ce sont les docteurs qui vont empoisonner les sources! Allons, pour l'année prochaine, il faut un pendant au tableau de Detaille « Les victimes du Devoir », nous l'intitulerons : « Les victimes de l'eau de Seine »; on voit d'ici le sujet.

— Dans sa réunion du 25 avril, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a entendu la lecture d'un rapport du docteur Du Mesnil, sur les mesures proposées pour améliorer l'eau potable distribuée aux habitants des communes de la banlieue de Paris, en aval de Paris. Dans la même séance, M. Proust a donné des renseignements sur la situation sanitaire à l'extérieur. Il résulte de ces renseignements que le choléra est en décroissance complète dans les pays où il sévissait depuis déjà longtemps.

En revanche, on sait qu'il vient de faire son apparition à Lisbonne. L'Académie de médecine de cette ville a reconnu qu'il s'agissait bien de choléra asiatique. A son avis, l'épidémie affecte jusqu'ici un caractère bénin, mais on ne saurait présager l'avenir. L'Académie a ajouté qu'elle remplissait son devoir en faisant connaître la vérité au gouvernement et au pays et en faisant ressortir l'absolue nécessité de prendre des mesures énergiques.

L'épidémie s'étend déjà au delà de Lisbonne.

— Dimanche a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, l'assemblée générale annuelle de l'Association Orfila.

Le président, notre si sympathique doyen, M. Brouardel, a rendu un nouvel hommage à M. Blanche, dont la perte a été si cruelle pour l'Association, où son exquise bonté était si appréciée. Il a dit les services rendus par notre dévoué trésorier, M. Genouville, et donné, sur la situation de l'Association, des détails très intéressants.

L'élection des membres du bureau a donné, à l'unanimité, les résultats suivants : Président : M. Brouardel ; vice-présidents : MM. Guyon et Fernet ; secrétaire général : M. Barth.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

—

L'Amphithéâtre de Clamart

Un journal annonçait, ces jours derniers, sous une forme visiblement satisfaite, la disparition prochaine de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, généralement connu sous le nom d'amphithéâtre de Clamart.

Nous ignorons les raisons qui peuvent inciter le rédacteur de cet entrefilet fallacieux à se réjouir de la perte d'un établissement scientifique dont l'utilité ne saurait être contestée. — Il y a peut-être des gens qui n'aiment pas l'anatomie comme d'autres n'aiment pas la musique. — Quoiqu'il en soit, nous avons tout lieu de croire, si nos renseignements sont exacts, que sa satisfaction est fort prématurée et qu'il a pris pour une réalité le vœu d'un édile en prurit de coquetterie électorale.

Il paraît, en effet, qu'un membre du Conseil municipal aurait déposé dernièrement une proposition tendant à prolonger la rue de Santreuil à travers l'amphithéâtre d'anatomie.

Les raisons apparentes seraient la nécessité d'améliorer la viabilité du quartier, l'utilité de supprimer un établissement que, pour les besoins de la cause, on prétendrait insalubre pour son voisinage, établissement, du reste, dégénéré et dont la suppression ne laisserait aucun vide dans l'organisation de l'enseignement médical.

Si l'administration, toujours déférente pour le Conseil municipal, a cru devoir faire étudier la question par l'un de ses architectes, ce ne doit être que par condescendance, et il serait puéril, sur ce simple fait, de préjuger de la décision qu'elle ne pourra prendre assurément qu'avec l'accord de la Ville de Paris et surtout du Conseil, qui, pris dans son ensemble, est certainement loin de partager les fantaisies particulières de chacun de ses membres.

Il est possible que le quartier où se trouve Clamart réclame des dégagements plus nombreux, il est également possible que le prolongement de la rue en question soit parmi les améliorations de viabilité la plus urgente ou la plus avantageuse.

La municipalité est plus à même que nous de décider sur ce point. Mais qu'une telle modification dans la vicinalité doive entraîner forcément la disparition d'un centre d'études, d'un élément de travail aussi indispensable, c'est là une déduction contre laquelle le corps médical hospitalier protesterait avec la dernière énergie.

Que signifie cet antagonisme que l'on cherche à établir entre Clamart et l'Ecole pratique, entre un service d'enseignement officiel et un service d'études particulières ? Leur rôle est divers et répond à des besoins entièrement différents.

A côté de l'enseignement universitaire de la Faculté donnée par l'école pratique, l'administration hospitalière a de tout temps procuré à tous ceux

qui mettent au service des malades leurs aptitudes et leur dévouement, les moyens de perfectionner leurs connaissances et de travailler aux recherches ayant pour but l'art de guérir.

En favorisant ainsi les études scientifiques des membres du corps médical attaché à ses hôpitaux, cette administration n'a pas eu et n'a jamais pu avoir pour mobile d'instituer un enseignement rival de celui de la Faculté, elle n'a eu pour objectif que l'intérêt de ses malades, animée de cette pensée que toute conquête dans cet art difficile profiterait à ceux qui réclament des soins, persuadée que plus le niveau scientifique serait élevé plus les souffrants qui frappent à ses portes trouveraient un soulagement prompt et efficace.

C'est un honneur pour l'Assistance publique d'avoir eu une pareille conception de son rôle et de son devoir, comme c'est l'honneur du vieil Hôtel-Dieu d'avoir organisé, dès la fin du XVIIe siècle, en dépit des préjugés, en dépit des hostilités de l'antique Faculté, les cours d'anatomie qu'illustra, dès leur début, notre vieil ancêtre Petit, et sur lesquels, au seuil de notre ère, Dessault et autres jetèrent tant d'éclat.

L'administration actuelle ne saurait oublier de tels antécédents.

Etude comparative des épidémies de fièvre typhoïde observées dans Paris depuis l'année 1876

Par M. Lancereaux, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine

—

Depuis l'année 1876, trois grandes épidémies de fièvre typhoïde ont éclaté dans Paris, la première, vers le 12 juillet 1876, la seconde, vers le 25 septembre 1882 et la troisième, vers le 20 février 1894. Ces trois épidémies que j'ai pu suivre et observer présentent, à mon avis, des points de ressemblance du plus grand intérêt. Leur étude, en effet, confirme de tous points une opinion émise par nous dès l'année 1880 et nettement formulée en 1882, à savoir que les épidémies de fièvre typhoïde de la capitale sont la conséquence de l'adultération des eaux qui la desservent, puisque la localisation de la maladie est dans un rapport constant avec la distribution de l'eau de boisson.

En 1876, la fièvre typhoïde fut tellement rare et bénigne pendant les six premiers mois de l'année qu'à l'hôpital Saint-Antoine dont j'étais alors médecin, il n'y eut pas un seul décès par cette maladie.

Il en fut autrement dans les six mois qui suivirent, car la fréquence de cette maladie devint très grande et la mortalité considérable.

Du 8 au 31 juillet, 48 malades furent admis et traités pour des fièvres typhoïdes, et sur ce nombre, 22 succombèrent. Du 1er au 31 août; l'épidémie diminua quelque peu en septembre et en octobre, mais elle subit une recrudescence au commencement de novembre et s'éteignit vers les mois de janvier et février.

Cette statistique, tirée du relevé des cas de fièvre typhoïde traités en 1876; à l'hôpital Saint-Antoine, quoique fort restreinte, ne prête pas moins à des observations intéressantes. Tandis que pendant plus de six mois, les cas de fièvre typhoïde ont été peu nombreux dans cet hôpital, et que pas un seul décès n'a été à déplorer, en moins de 3 semaines, du 12 au 31 juillet, on compte 22 décès dans les différents services. Nous assistons ainsi au début d'une épidémie qui éclate tout à coup vers le 15 juillet et nous envoie près de 50 malades en quelques jours. Et, fait curieux, la mortalité, qui est d'abord nulle, devient considérable, s'abaisse un moment pour se relever ensuite et

descendre à nouveau. Ainsi se trouve démontré le peu de valeur des chiffres sur lesquels on fait reposer trop souvent les succès d'une médication systématique.

La rapide apparition et la gravité de l'épidémie de 1876 avaient attiré mon attention à un tel point que, comme elle se manifestait après deux mois de chaleur et de grande sécheresse, elle me conduisit à me demander si elle n'avait pas été influencée par l'air atmosphérique; mais, m'étant aperçu qu'elle se trouvait limitée à quelques quartiers de la ville, je dus abandonner cette première hypothèse, et l'idée d'une contamination par l'eau me vint à l'esprit. Pour la vérifier, je demandai à M. Mouger, premier commis aux écritures à l'hôpital Saint-Antoine, de vouloir bien me faire le relevé de tous les cas de fièvre typhoïde avec indication du domicile des malades. Ce relevé mit en évidence un premier fait, à savoir : que sur 415 malades, trois seulement avaient leur domicile sur la rive gauche de la Seine et comme ils étaient des ouvriers terrassier ou maçon, il y avait tout lieu de croire qu'ils travaillaient dans les quartiers infectés. Ceux-ci comprenaient toute la rive droite de la Seine, depuis la rue Picpus jusqu'à la place Gaillon et même la rue de la Paix et depuis la Seine jusqu'au boulevard Voltaire, la rue du Château-d'Eau et la rue de Provence. Les quartiers plus spécialement atteints étaient le faubourg Saint-Antoine, le 2e, le 3e et le 4e arrondissement et une grande partie du 1er. C'était, en somme, la partie basse de la ville qui se trouvait infectée et, cette partie était précisément celle qui à cette époque était desservie par l'eau du canal de l'Ourcq. Aussi, après avoir mûrement médité ce fait, j'osai affirmer dans le rapport sur les épidémies de l'année 1879 à l'Académie de médecine (voyez ce rapport, p. LXIII), que l'épidémie de fièvre typhoïde de l'année 1876, circonscrite aux quartiers alimentés par l'eau de l'Ourcq, avait été apportée par cette eau à laquelle plusieurs malades avaient reconnu une odeur de pourri et et un goût désagréable, du moins, pendant les mois de juillet et d'août. Cette eau, vu la grande chaleur et la sécheresse de l'année, avait dû être contaminée par le développement de germes pathogènes, sinon par des matières qui y auraient été déposées. Puis, comparant ce que j'avais vu en 1876 à ce que j'observais pendant les années 1877, 1878 et 1879, qui furent des années humides, j'arrivai à croire que l'eau de l'Ourcq était une des causes des épidémies de la capitale, et que, d'une façon générale, l'élévation de la température et le dessèchement de ces eaux pouvaient être envisagés comme autant d'éléments de ces épidémies.

Notre regretté collègue le Dr H. Guéneau de Mussy nous fit l'honneur de mentionner nos observations. Dans le rapport des épidémies de l'année 1880, il cita plusieurs faits non moins probants d'épidémies locales de fièvre typhoïde manifestement dues à l'eau de puits infectés.

En 1882, la fièvre typhoïde se comporta à peu près de la même façon qu'en 1876 ; car, bien qu'elle sévit d'une façon endémique depuis le commencement de l'année, elle n'avait fait qu'un petit nombre de victimes, lorsque vers la fin de septembre elle se fit remarquer par une fréquence et une gravité inaccoutumées. Le 27 septembre, qui était le jour de ma consultation, dix malades atteints de fièvre typhoïde demandaient leur admission dans mon service, c'était plus que je n'en avais traité depuis plusieurs mois.

Les jours suivants, les cas de fièvre typhoïde abondèrent non seulement à l'hôpital de la Pitié, dont j'étais alors l'un des médecins, mais encore dans la plupart des hôpitaux de Paris.

Pour la seconde fois je fus frappé de l'apparition, pour ainsi dire instantanée, de cette épidémie qui fut plus brusque encore que celle de 1876, ce qu'il est facile de comprendre d'après son origine. Or, dans la séance du 21 novembre, suivant notre regretté collègue H. Guéneau de Mussy annonçait à la tribune de l'Académie que l'épidémie

qui régnait alors provenait toujours de la distribution de l'eau de l'Ourcq. Je ne pouvais partager son avis pour les raisons suivantes :

L'année 1882, contrairement à celle de 1876, avait été pluvieuse et humide et, de plus, les quartiers envahis par la maladie n'étaient plus les mêmes, car au lieu des quartiers bas de la ville, l'épidémie ravageait le nord de Paris, c'est-à-dire les quartiers les plus élevés, ceux des 17e, et surtout des 18e et 19e arrondiss ments.

Dans ces conditions, je crus devoir me renseigner près de la Compagnie générale des eaux sur la distribution de celles-ci

Permettez-moi de vous rappeler la conversation que j'eus alors avec M. le Sous-Directeur, dont je n'eus qu'à me féliciter. — Veuillez me dire, Monsieur, je vous prie, si l'eau que vous distribuez dans les 17e, 18e, 19e 10e et 11e arrondissements est bien celle de l'Ourcq? — Nullement, me fut-il répondu, et vous le comprendrez, ces arrondissements sont plus élevés que le niveau du canal de l'Ourcq, et l'eau que nous y puisons coule naturellement. — Mais quelle est l'eau qui dessert ces arrondissements? — L'eau de source, celle de la Dhuys. Sachant que les sources avaient peu donné cette année-là, et notamment celle de la Dhuys, vos sources ont donc été suffisantes, m'écriai-je? — Pas absolument. — Eh bien ! lorsqu'elles devenaient insuffisantes, que faisiez-vous? — La nécessité nous imposait de donner de l'eau de rivière, et pour cela il suffisait de tourner un robinet. Comme mon interlocuteur avait bien voulu me promettre de me répondre ouvertement si je lui posais une question précise, je l'enfermai dans le dilemme suivant : « Vous me dites que lorsque vous manquez d'eau de source, il suffit de tourner un robinet et qu'alors, suivant les quartiers, vous distribuez de l'eau de Marne ou de Seine, or, l'épidémie de fièvre typhoïde à laquelle nous assistons s'est déclarée le 25 septembre et comme cette maladie a une incubation d'environ quinze jours, je vous annonce que c'est le 10 septembre que vos employés, sinon ceux de la ville, ont tourné le fameux robinet; veuillez me répondre, oui ou non, sur ce point ? »

J'attendais la réponse, non pas avec anxiété, mais avec assurance, bien persuadé que je tenais la vérité et que si je me trompais, c'était d'un jour ou deux au plus. Hélas ! la réponse ne vint pas, et malgré une réelle bonne volonté, mon interlocuteur me dit qu'il ne pouvait me répondre, mais il m'engagea à voir l'ingénieur des eaux, qui était M. Couche, et que, malheureusement, il me fut impossible de rencontrer, lorsque je me rendis à son bureau. Je recherchais alors l'employé chargé de tourner les robinets, et, l'ayant trouvé, je le suppliai de me dire si c'était bien le 10 septembre qu'il avait substitué l'eau de la Seine à l'eau de la Dhuys, mais il refusa absolument de répondre à ma question, d'où je conclus que ma prévision était juste et que ce malheureux employé, sans le vouloir et aussi sans le savoir, nous avait tout à coup lâché la fièvre typhoïde à pleins bords. L'apparition subite de l'épidémie le prouvait surabondamment, et ainsi s'explique ce fait que, des trois épidémies dont il est question en ce moment, celle de 1882 a été la plus instantanée.

Aussi, dans la séance de l'Académie du 28 novembre 1882 (Voyez *Bull.* p. 1379) après avoir rappelé brièvement la localisation de l'épidémie de fièvre typhoïde de l'année 1876 et avoir montré qu'elle correspondait à celle de la distribution de l'eau de l'Ourcq, j'ajoutais : « La poussée épidémique actuelle n'occupe pas les mêmes quartiers et tout porte à croire qu'elle n'a pas la même origine ; néanmoins, elle est survenue brusquement et s'est concentrée d'une façon toute particulière dans les arrondissements voisins, en sorte qu'elle a également sa cause dans l'eau de boisson, mais les arrondissements imputés étant ceux qui reçoivent l'eau de source, et comme cette eau a fait défaut cette année, l'Administration s'est trouvée dans la nécessité de distribuer de l'eau de rivière. Or, la possibilité d'une contamination par l'eau de Seine est d'autant plus admissible

qu'une grande partie des eaux distribuées aux arrondissements envahis proviennent soit de la pompe de Bercy, située en amont de Paris dans le voisinage d'une usine d'engrais ; soit de celle de Chaillot, située en aval.

« De ces considérations, il résulte que les eaux paraissent jouer un rôle important dans la genèse des épidémies de fièvre typhoïde dans Paris. Néanmoins, pour être absolument certain de leur action nuisible, et arriver à déterminer les conditions étiologiques de la dothiénentérie chez nous, il importerait d'être exactement renseigné sur la distribution de ces eaux, car il est aisé de comprendre que, le jour où il sera démontré que celles dont nous faisons usage pour notre boisson sont la principale cause des épidémies de fièvre typhoïde, ce jour-là il nous sera possible de nous opposer à ces épidémies et de les prévenir en évitant la consommation de ces eaux ou en les remplaçant par d'autres. »

Plus loin (p. 1385), j'ajoutais : « Il importe de nous appliquer à constater les rapports qui peuvent exister entre la distribution de la fièvre typhoïde dans Paris et celle de l'eau ; c'est là un point essentiel et comme la base des opérations qui permettront d'éclaircir le problème étiologique de cette fièvre. Effectivement, ce premier point une fois élucidé, il sera facile de trouver la cause des qualités nuisibles de l'eau, de remonter à la source du mal, d'arriver à déterminer l'espèce de microbe qui le produit. Pour cela, que nous faut-il? Quelque chose de bien simple, la bonne volonté de l'administration compétente, un tableau exact de la distribution des eaux dans Paris, et de tous les changements qu'elle peut subir, car il y a tout intérêt à ce que nous soyons prévenus de l'ouverture et de la fermeture des robinets qui, d'un instant à l'autre, viennent changer la qualité des eaux de tel au tel quartier... »

Il était difficile, ce me semble, d'être plus explicite en ce qui concerne les rapports à établir entre la qualité des eaux, leur distribution, et les conditions étiologiques de la fièvre typhoïde. Ajoutons que la plupart des journaux de l'époque, médicaux ou politiques, ont rappelé notre communication et que l'administration en a tenu compte, puisque c'est peu de temps après, sur le renouvellement de notre demande au Conseil de salubrité, qu'elle s'est décidée à prévenir le public du changement des eaux ; aussi, à un certain moment, la rupture des conduits de la Vanne ayant nécessité des réparations, on s'aperçoit immédiatement d'une recrudescence de fréquence et de gravité de la fièvre typhoïde dans Paris : la confirmation de ce que nous avions annoncé.

Je pouvais prétendre, à la suite de ces communications diverses très osées pour l'époque, avoir quelque peu éclairé les conditions étiologiques de la fièvre typhoïde et, par cela même, mis sur la voie de la prophylaxie de cette maladie. Il n'en était rien, cependant, à ce qu'il paraît; car, dans un Traité de médecine récemment publié, il n'est nullement question de mes recherches et c'est à partir de 1886 seulement que l'importance du rôle étiologique de l'eau de boisson dans la genèse de la fièvre typhoïde aurait été reconnue. Il y a plus, ce serait MM. Chantemesse et Widal qui auraient étudié l'influence de la distribution d'eau de rivière sur les invasions de fièvre typhoïde à Paris, et cela est tellement vrai que M. Chantemesse commence un article de la *Semaine médicale* du 14 mars dernier intitulé : « L'eau de rivière et la fièvre typhoïde », par ces mots : En 1887, dans une note faite en commun avec M. le docteur Widal et communiquée à l'Académie de médecine par M. Cornil, nous avons indiqué la cause principale des épidémies de fièvre typhoïde qui sévissent à Paris, et cette assertion, ainsi qu'il arrive presque toujours en pareil cas, était répétée le 16 mars dans un autre journal. Cette manière d'écrire l'histoire n'a jamais été la nôtre, aussi j'en laisse toute la responsabilité à son auteur, et, après avoir indiqué brièvement la manière dont se sont comportées les épidémies de 1876 et 1882, il me reste à parler de l'épidémie actuelle.

Celle-ci débute tout à coup comme les deux précédentes, un peu moins brusquement peut-être, ce qui résulte, sans aucun doute, des circonstances qui ont présidé à son développement ; c'est vers le 18 février qu'elle fait son apparition, si nous en jugeons par ce qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu, où on ne compte que 6 cas de fièvre typhoïde du 1er janvier au 18 février, tandis que du 18 février au 1er mars, il entre 56 malades atteints de cette même maladie.

Le bulletin hebdomadaire de statistique municipale n'est pas moins démonstratif à cet égard, car les cas de fièvre typhoïde entrés dans les hôpitaux de Paris étant de 15, du 11 au 17 février, se sont élevés à 75 du 18 au 24 et à 291 du 25 juin au 3 mars.

Depuis lors, l'épidémie s'est arrêtée et aujourd'hui elle est en voie de décroissance. La brusque apparition de cette épidémie comparée aux deux précédentes, est un fait des plus instructifs qui éloigne l'idée de la contagion et indique une cause commune chez tous les individus affectés. Cette cause est facile à déterminer aujourd'hui où l'administration veut bien nous renseigner sur la distribution des eaux de boisson. L'épidémie actuelle, en effet, ne sévit pas dans les quarties desservis par l'eau de l'Ourcq, car depuis nos communications antérieures, l'administration a fait tous ses efforts pour que cette eau ne serve plus comme boisson, elle n'existe pas davantage dans les quartiers auxquels on distribue par moments de l'eau de rivière.

Néanmoins, quoique plus étendue que les épidémies de 1876 et 1882, elle est toujours en rapport avec la distribution des eaux de la ville et se trouve nettement limitée aux quartiers desservis par l'eau de la Vanne, ainsi qu'il résulte de la communication qui nous a été faite au Conseil de salubrité par l'ingénieur en chef des eaux, l'honorable M. Humbert; c'est donc de ce côté qu'a été dirigée l'enquête. Cette épidémie, presque terminée aujourd'hui, se fait remarquer par sa courte durée et sa faible gravité, puisque sur 19 malades soignés par nous à l'Hôtel-Dieu, il n'y a eu aucun décès.

Des trois grandes épidémies en question, il nous serait facile de rapprocher plusieurs autres épidémies de banlieue, car il ne se passe pas d'années où nous n'ayons à observer à l'hôpital du Perpétuel-Secours de Levallois-Perret, au moins une épidémie de fièvre typhoïde. L'été dernier, nous avons eu à traiter, dans ce petit hôpital de 52 lits, plus de 20 cas de fièvre typhoïde qui nous venaient de Puteaux, de Courbevoie et surtout de Levallois-Perret, tandis que depuis plus de trois ans, nous avions à peine à l'Hôtel-Dieu quelques malades de ce genre.

Ces épidémies, fort différentes de celles de Paris, non seulement par leur physionomie, mais encore par leur gravité, du reste variable, ne se sont pas moins fait remarquer, comme celle-ci, par une invasion brusque et une disparition rapide, de telle sorte que, là encore, la contamination de l'eau en est bien la cause.

A l'appui de cette manière de voir nous pouvons citer ici un fait intéressant. La ville de Puteaux possède deux prises d'eau, l'une à Suresnes, qui dessert le haut de la ville, l'autre au pont de Neuilly, qui alimente le bas. Cette dernière partie est beaucoup plus souvent envahie par la fièvre typhoïde que la première et la maladie, en règle générale, n'atteint jamais les deux parties de la ville. Donc, après avoir demandé de l'eau convenable pour la ville de Paris, il y a lieu d'en réclamer aujourd'hui pour la banlieue; car, on peut affirmer hardiment, maintenant, que la fièvre typhoïde, maladie accidentelle, peut disparaître de notre sol tout aussi bien qu'a disparu déjà le paludisme.

En somme, l'étude des différentes épidémies de fièvre typhoïde de Paris et de la banlieue nous conduit à reconnaître que ces épidémies ont toutes des rapports avec la distribution des eaux de boissons, puisqu'elles sévissent toujours d'une façon spéciale dans les quartiers alimentés par une même eau, et qu'elles ont toutes une invasion brusque, sinon instantanée. Il ne peut y avoir de doute sur ce fait énoncé par nous en

1880-1882 et commenté depuis lors par plusieurs auteurs, à savoir : que l'eau contaminée est la principale cause des épidémies de fièvre typhoïde.

C'est là un fait brutal, devenu incontestable, et qui, à lui seul, suffit à la prophylaxie de ces épidémies, laquelle se résume dans ce conseil que nous adressons à tous les administrateurs : « Distribuez de l'eau non souillée et vous éviterez la fièvre typhoïde. »

La coxotuberculose au vingt-troisième congrès de la Société allemande de chirurgie

Il est toujours intéressant d'avoir, après de longues années, les résultats obtenus dans les traitements des affections chirurgicales telles que la coxotuberculose et surtout quand ils viennent d'un pays étranger corroborer la pratique et les idées émises dans le vôtre. Aussi ne pouvons-nous passer sous silence la communication de Bruns (de Tubingen) sur ce sujet et la discussion à laquelle elle a donné lieu.

En Allemagne, c'est sous le nom de *coxite tuberculeuse* qu'on désigne l'arthrite bacillaire de la hanche. Un des premiers points étudiés par l'orateur est de faire la part qui revient à la tuberculose dans la coxalgie et, pour lui, tout en leur reconnaissant une déplorable supériorité numérique, il estime pourtant que la *coxite rhumatismale des adolescents*, que la *coxite consécutive à une ostéomyélite infectieuse de l'extrémité supérieure du fémur* doivent tenir une certaine place. A ce propos, Bruns revient sur la forme chronique de l'ostéomyélite et l'a souvent reconnue au niveau du col. Il fait remarquer, comme Ollier l'a écrit depuis longtemps, que ce col étant à la fois intra et extra-articulaire, les suppurations qui y prennent naissance peuvent facilement fuser vers l'article et y déterminer une arthrite suppurée qui, eu égard à sa forme peu rapide pourrait être quelquefois confondue avec la tumeur blanche coxofémorale. Sur 50 malades il a pu faire le diagnostic d'ostéomyélite et a écarté ces chiffres de sa statistique. Élimination faite de ces faits, des cas douteux et des malades sur lesquels il n'a pu obtenir de renseignements, c'est sur nn total de 390 observations qu'il a établi les conclusions suivantes qui ont trait au pronostic de l'affection.

1° La coxite tuberculeuse ne se montre guère que pendant les trente premières années de la vie ; la moitié des cas appartiennent aux dix premières années ; un tiers se montre de 11 à 20 ans et un sixième de 21 à 30 ans.

2° Dans un tiers des cas il n'y a pas de suppuration évidente.

3° Le traitement conservateur donne 50 pour 100 de guérisons et celles-ci se font en moyenne en quatre ans.

4° La mort survient dans 40 pour 100 des cas par suite de tuberculose d'autres organes (méningite), et dans les cas où il y a fongosités suppurantes, par dégénérescence amyloïde ou infection septique. L'issue fatale se montre en moyenne au bout de trois ans.

5° La suppuration influe sur le pronostic : les coxalgies non suppurées donnent 77 pour 100 de guérison et les suppurées 42 pour 100.

6° L'âge auquel a débuté la maladie a une influence certaine, et en général le pronostic est d'autant plus sombre que la maladie a débuté à un âge plus avancé. Ainsi la proportion de guérison est de 63 pour 100 de 0 à 10 ans, de 56 pour 100 de 11 à 20 ans, et de 28 pour 100 de 21 à 40 ans, tandis qu'elle s'abaisse à 0 après ce dernier âge.

7° Les malades guéris de la coxite tuberculeuse succombent bien souvent de la tuberculose d'autres organes. Ainsi cette mortalité est de 6 pour 100 de 0 à 10 ans, de 9 pour 100 de 11 à 20 et de 7 pour 100 de 21 à 40 ans.

Tous les malades guéris ont, bien entendu, présenté un certain degré d'ankylose et

une attitude un peu vicieuse du membre maintenant celui-ci dans la flexion et l'adduction. Le raccourcissement a été aussi retrouvé d'une façon constante et il tient à plusieurs raisons : d'abord à l'atrophie et à l'arrêt de développement qui porte sur le fémur et sur la jambe osseuse, ensuite à l'ascension du grand trochanter.

La tête fémorale diminuant d'un côté et la partie postéro-supérieure de la cavité cotyloïde augmentant, on comprend facilement que le membre soit porté en haut et un peu en arrière. Ces faits d'éculement de la cavité cotyloïde sont, du reste, bien connus en France, où ils sont aujourd'hui considérés comme une notion vulgaire.

Deux méthodes de traitement ont été mis en usage par Bruns, d'abord la thérapeutique conservatrice basée sur l'immobilité avec extension continue et les révulsifs et accompagnée d'injections d'iodoforme, lorsqu'il se forme des foyers de suppuration. Ce chirurgien même se loue de ce traitement, vanté en France par Verneuil et nous allons voir qu'en Allemagne il n'est pas le seul. La résection de la hanche, au contraire, ne paraît pas lui avoir donné d'aussi bons résultats, et il estime qu'elle ne doit être employée que dans les cas où un traitement conservateur persévérant n'a pas conduit au résultat désiré.

Nous retrouvons à peu près les mêmes idées thérapeutiques dans le discours de Schede (de Hambourg). Sur 185 cas de coxite tuberculeuse, traités par la conservation, il a obtenu 68 pour 100 de guérison et il n'hésite pas à dire que c'est le traitement iodoformé qui lui a donné les meilleurs résultats. Bramann (de Halle) est aussi de cet avis, et tous les chirurgiens qui ont pris la parole, comme Gussenbauer, Helferich, Bergmann pensent qu'il faut instituer des traitements longtemps continués et n'arriver à la résection que lorsqu'aucun autre moyen ne peut plus désormais sauver le malade.

Nous le répétons, ce sont là les idées émises depuis longtemps en France, et qui ont cours dans la pratique de tous nos hôpitaux.

Nous rapprochons de cette communication celle faite par Hofmeister (de Tubingen) sur l'incurvation du col du fémur, d'autant plus que Bruns, lui-même, à propos de la coxite tuberculeuse, en parle comme d'une affection qui peut être confondue avec elle et propose, par analogie avec le genu valgum, de lui donner le nom de *coxa vera.*

M. Hofmeister rappelle qu'en 1889, Ernst Muller, de la clinique du professeur Bruns, (de Tubingen), avait déjà présenté une préparation d'incurvation du col du fémur. Lauenstein, Rottes, Tcherning, etc., firent ensuite des constatations analogues. Cette affection n'est, en somme, pas rare, et l'auteur a pu en démontrer l'existence dans 33 cas. Les symptômes de la maladie sont des douleurs dans la hanche, s'irradiant dans le pied et une claudication commençante. La maladie survient dans l'enfance et dans la puberté. Les rémissions et les exacerbations, surtout après des marches forcées, ne sont pas rares. Après 2 ou 3 ans, surviennent des symptômes subjectifs ; à l'examen, on trouve le trochanter remonté de 1 1/2 à 7 centimètres ; il y a limitation du mouvement d'abduction ; en outre, une rotation externe du membre ; la fonction du membre se trouve limitée, il se produit une atrophie du membre. La cause de la maladie paraît être la surcharge agissant sur l'os qui est peu résistant et se déforme. Comme traitement, il faut améliorer l'alimentation et les conditions hygiéniquee des patients, ménager le membre, faire du massage ; la résection n'est pas indiquée.

C'est là une affection qui est rarement constatée en France et peut-être, l'attention du chirurgiens étant attirée snr cette déformation, pourra-t-on arriver à en découvrir un certain nombre.

E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

Mort par le bromure d'éthyle

MM. SUAREZ DE MENDOZA publie une observation de mort au courant d'une anesthésie par le bromure d'éthyle. Dix secondes après l'application de la compresse, la face devint violette, vultueuse, les veines turgescentes, les yeux se convulsèrent en haut, les pupilles se dilatèrent largement. On pratiqua les tractions de la langue et la respiration artificielle pendant quarante minutes, en même temps que l'on faisait des flagellations sur la figure. Rien ne put rappeler la malade à la vie. La mort par asphyxie mécanique est hors de cause, puisque la langue n'était pas renversée en arrière, que, pendant toute la durée de la respiration artificielle, on entendait l'air rentrer et sortir des poumons. On ne peut invoquer ici que le mécanisme de la syncope chloroformique initiale, tel que l'a décrit M. Laborde, en juillet dernier.

La dose d'éther bromhydrique versée sur la compresse doit jouer un rôle très important, car la violence du réflexe doit être en raison directe de l'intensité des vapeurs bromhydriques. Cinq fois depuis cet accident, M. S. de Mendoza a administré le bromure d'éthyle et chaque fois il a commencé, contrairement aux règles admises jusqu'à ce jour, par verser une vingtaine de gouttes sur la compresse et les faire respirer pendant 15 secondes, après quoi il imbibe la compresse avec 3 grammes d'anesthésique s'il s'agit d'un enfant, 5 s'il s'agit d'un adulte, et il laisse respirer les vapeurs pendant une minute et demie; au bout de ce temps, le malade doit être anesthésié. M. de Mendoza perd en rapidité ce qu'il gagne en sécurité.

Etiologie de la fièvre typhoïde

M. LANCEREAUX (voir notre article de tête).

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : Avec le concours de M. le Directeur général de l'Assistance publique, avec approbation de MM. Brouardel et Bucquoy, nous avons modifié de la façon suivante la première rédaction du vœu que nous avons soumis à l'Académie. Il portera cette fois sur deux points : d'une part, sur le fait particulier de la contamination des eaux de la Vanne; de l'autre, sur la question plus générale de l'alimentation des villes en eau potable. Cette seconde partie du vœu concerne le projet de loi sur la protection de la santé publique, déjà votée par la Chambre et en ce moment soumis aux délibérations du Sénat. L'article 2 de cette loi donne satisfaction aux réclamations qui ont été faites.

Voici le texte du vœu :

« L'Académie, en présence de la possibilité de la contamination et de la pollution des eaux de sources distribuées à la population parisienne, et tout en reconnaissant que cette contamination est un fait exceptionnel qui ne se produit qu'à de très longs intervalles, émet le vœu :

« 1° En ce qui concerne l'amenée des eaux de sources à Paris, que les mesures de police sanitaire que permet la législation actuelle, seront prises pour préserver ces eaux, soit au captage des sources, soit sur leur parcours, de toute contamination.

« 2° En ce qui concerne la question plus générale de l'alimentation des habitants en eau potable, que les dispositions de l'article 2 du projet de loi sur la protection de la santé publique, actuellement soumis au Sénat et qui permet de défendre contre toutes souillures les eaux d'alimentation, soit voté dans le plus bref délai possible. »

— A la suite de la lecture de M. Dujardin-Beaumetz, MM. Gariel, Gautier, Larrey,

Colin présentent quelques observations. Le vœu est adopté sans modifications par l'Académie.

— M. Laborde communique une observation d'application des tractions rythmées de la langue à l'asphyxie par pendaison.

— Au cours de la séance, M. Zambaco a été élu associé national, au 2e tour de scrutin, par 54 voix contre 14 à M. Renault et 3 à M. Rollet.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Intoxication par le salol. — Traitement de la diphtérie. — Le diiodoforme en chirurgie.

M. Josias a lu à la Société de thérapeutique une observation d'intoxication par le salol. La malade, jeune fille de 18 ans, étant atteinte d'angine aiguë, prit 1 gramme de salol par jour. Cette dose n'a rien d'excessif, puisque M. Gouguenheim en a donné jusqu'à 4 grammes par jour.

M. J. Wught, en 1890, a également expérimenté le salol dans l'amygdalite aiguë et la pharyngite; il aurait ainsi traité 50 malades, à l'occasion desquels il aurait obtenu, avec une dose quotidienne de 4 grammes, les plus heureux résultats. D'après cet auteur, le salol agirait dans toutes les angines aiguës et atténuerait rapidement la douleur et la dysphagie.

Dès le deuxième jour de l'emploi du salol, la malade de M. Josias présenta, sur la face interne de la cuisse droite, une large plaque d'érythème scarlatiniforme; sur la face postérieure de la cuisse droite, une éruption caractérisée par des taches rubéoliques et, sur les joues, par des papules rosées. Les urines étaient très colorées en brun et donnaient les réactions caractéristiques de l'acide phénique et de l'acide salicylique.

M. Cartaz a signalé 3 cas d'érythème, à la suite d'insufflation de poudre de salol dans les cavités nasales ou de pansements avec une pommade salolée, après diverses opérations pratiquées dans le sang. Cette éruption, située sur l'aile du nez, avait pris, dans un cas, les allures d'un véritable eczéma.

En 1891, M. Morel-Lavallée a communiqué à la Société de dermatologie une intéressante observation d'origine œdémateuse suraiguë, consécutive à une éruption salolée de cause externe. Il s'agissait, dans cette observation, d'une jeune femme syphilitique atteinte de surdité récente et d'une suppuration du conduit auditif externe gauche, due à des syphilides rebelles de ce conduit. On prescrivit des lavages émollients et des insufflations de salol en poudre dans l'oreille. Deux ou trois jours après, la malade eut de la fièvre accompagnée de céphalalgie, de stupeur, d'abattement, de vomissements et d'anorexie, tous symptômes qui firent redouter l'invasion d'une méningite spécifique.

Vingt-quatre heures plus tard, le pavillon de l'oreille devint rouge violacé, turgide et se tuméfia. La malade avoua qu'elle s'était bourré l'oreille de poudre de salol, pour assécher plus vite ses érosions suintantes. En même temps apparut une angine œdémateuse suraiguë. Il s'agissait donc d'un érythème artificiel qui s'était propagé au dehors par l'oreille moyenne et la trompe, pour se répandre sur l'isthme du gosier.

M. Derignac (de Limoges), en 1891, a communiqué à la Société médicale des hôpitaux quelques accidents toxiques consécutifs à l'emploi du salol chez deux de ses malades. Chez sa première malade, déjà intoxiquée par des huîtres altérées, M. Derignac prescrivit le salicylate de bismuth et le naphtol B finement pulvérisé. Dès le lendemain, la diarrhée ayant cessé, il formula le salol, à raison de 20 centigrammes toutes les deux heures. Après la troisième dose (0 g. 60), la malade fut prise de coliques et de diarrhée;

éprouva des vertiges et une sorte d'anéantissement. Les urines étaient noires. M. Derignac a observé, chez un enfant de 12 ans, des accidents analogues, à la suite de l'ingestion de 30 centigrammes de salol. Cet enfant était atteint d'une fièvre typhoïde légère et eut des hallucinations de la vue, une faiblesse générale, etc.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Josias, M. Dujardin-Beaumetz a fait remarquer qu'il est certain que l'on peut s'exposer à des acccidents chaque fois que l'on prescrit des phénols, mais que ces accidents sont rares et supposent des constitutions rebelles, très susceptibles. Il est surtout nécessaire de se préoccuper de l'état des reins, lorsque l'on a recours aux agents de la série aromatique. C'est pour ne pas en avoir tenu compte que plusieurs observateurs ont vu la mort être la conséquence d'injections phéniquées pratiquées dans la plèvre. Il ne faudrait pas condamner le salol, dont M. Dujardin-Beaumetz reste grand partisan pour la désinfection du tube digestif et qu'il préfère même au benzo-naphtol qu'il faut donner à doses plus élevées.

Pour M. Bardet, dans l'hypothèse d'intoxication par de faibles doses de salol, il est nécessaire de tenir compte de l'état pyrétique ou apyrétique du malade. On sait, en effet, que les aromatiques ont une action antithermique et dépressive extrêmement énergique sur les fébricitants ; c'est dans ce cas que l'on observe le plus fréquemment le refroidissement, le rasch et la cyanose. Il faut donc être très réservé dans les doses des aromatiques en général et du salol en particulier chez les malades atteints de fièvre.

— M. Piedallu, dans les angines pseudo-membraneuses, recommande le sirop suivant :

Sirop simple.............	1.000 grammes
Iodure de potasium........	50 —
Biiodure de mercure......	0 gr. 50

Il a eu des succès remarquables en administrant ce sirop par cuillerée à café ou à dessert toutes les deux heures, suivant l'âge de l'enfant. On peut aller jusqu'à 300 gr. de sirop en six ou huit jours pour des enfants de 4 à 6 ans. Au bout de quelques heures les signes de l'iodisme apparaissent et on diminue alors la dose en entretenant un état de saturation. Cette médication est très bien supportée.

MM. E. Regnauld et Fa Nizia ont étudié l'emploi du diiodoforme en chirurgie. Ce corps, qui a le grand avantage d'être inodore, agit comme antiseptique, ne provoque aucune douleur, n'irrite pas les tissus et ne donne pas lieu à la formation de croûtes pouvant retarder la réunion par première intention. On peut l'utiliser dans les cas où l'iodoforme est indiqué.

FORMULAIRE

—

Traitement de l'eczéma des mains du a l'irritation par les substances antiseptiques.

Traitement prophylactique (Lassar) : 1° Lavage des mains avec l'eau savonneuse ;
2° Frictions, avant d'assécher, avec :

Huile d'olive..............	ââ parties égales
Glycérine..................	
Vaseline...................	
Lanoline...................	

Traitement curatif :

1° Onctions quotidiennes avec la pommade de Rotter, dont voici la formule :

Formol.....................	0,50 centigr. à 1 gr.
Oxyde de zinc..............	ââ 50 grammes
Talc finement pulvérisé....	
Vaseline...................	100 —

2° Traitement général et classique de l'eczéma.

COURRIER

Concours pour deux places d'accoucheurs des hôpitaux. — La question écrite donnée est la suivante : *Structure de l'ovaire.* — *Ovulation.*

Ecole de médecine de Reims. — MM. Colleville et Langlet, suppléants, sont prorogés pour trois ans dans leurs fonctions.

— Parmi les manifestations en l'honneur de Jeanne d'Arc, citons celle des étudiants de Bordeaux qui ont résolu d'organiser, pour le dimanche 6 mai, une fête en l'honneur de la Pucelle. Ils ont demandé au cardinal Lecot, archevêque de Bordeaux, de s'y associer. Une délégation du cercle catholique de Paris s'est rendue à Orléans.

— Le docteur Isaacs, de New-York, rapporte un cas de blennorrhagie chez un vieillard âgée de 103 ans.

« Il est assez exceptionnel, dit judicieusement l'auteur, de rencontrer un homme qui a passé la centième année, mais trouver un homme de cet âge souffrant d'une blennorrhagie aiguë est à coup sûr un fait encore plus rare. »

Ce centenaire, d'origine irlandaise, se présenta à la consultation du docteur Isaacs, avec un écoulement blennorrhagique caractéristique, datant seulement de quelques jours. Ses organes génitaux étaient bien développés et ne montraient aucun signe de sénilité. Il se plaignait de douleurs en urinant ; sa santé générale était d'ailleurs bonne.

Voici comment il racontait sa mésaventure. Il avait contracté une chaudepisse d'une femme qui avait perdu son mari 6 mois auparavant et qui était restée sans ressources avec plusieurs enfants. Apitoyé, le centenaire s'était laissé soutirer les quelques sous qu'il possédait, « et voilà, ajoutait-il, comment elle m'a récompensé d'être venu en aide à ses enfants ! » (*Médecine moderne*).

— Le Comité d'organisation du Congrès international des bains de mer et d'hydrothérapie marine, qui doit s'ouvrir à Boulogne-sur-Mer du 25 au 29 juillet prochain, de concert avec les présidents d'honneur, M. le professeur Verneuil et M. le docteur Bergeron, a mis les questions suivantes à l'ordre du jour :

1° De l'influence du traitement marin dans les tuberculoses ;

2° Les indications et contre-indications du traitement marin.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur G. Houzel, secrétaire général, 4, rue des Vieillards, à Boulogne-sur-Mer.

Enseignement médical libre — Hôpital Saint-Louis. — Le docteur Du Castel reprendra ses conférences cliniques et thérapeutiques le samedi 12 mai, à 10 heures, dans la salle de conférences du musée, et les continuera le samedi de chaque semaine à la même heure.

Le lundi, à 9 heures et demi, traitement chirurgical des affections cutanées, salle Emery; le mercredi, consultation externe à 9 heures; le jeudi, examen et discussion des nouveaux malades, salle Hillairet, à 9 heures.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Les Ateliers étant fermés le lundi de la Pentecôte l' « Union Médicale » ne paraîtra pas Mardi.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain

Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début

Nous avons reçu cette semaine, dans la salle Bouillaud, deux hommes qui ne paraissent pas très malades et qui toutefois présentent des symptômes qui méritent d'attirer notre attention. Tous deux sont d'âge moyen ; leurs antécédents héréditaires n'ont rien de suspect ; depuis cinq ans, ils toussent, s'affaiblissent, s'amaigrissent, ont perdu l'appétit. Le premier tousse très peu, il se plaint surtout d'oppression la nuit, de dyspepsie et de palpitations quand il marche, ce sont ces symptômes qui l'ont amené à l'hôpital; le repos au lit a suffi pour les calmer et il demande aujourd'hui à partir. Le second n'a pas de ces accidents ; mais il a eu il y a dix jours une très légère hémoptysie. Voilà des signes bien peu caractéristiques, et cependant l'amaigrissement, la perte de l'appétit et des forces sont toujours suspects, car, chez beaucoup de malades, ils décèlent la tuberculose avant l'apparition des signes thoraciques.

Chez nos deux malades, nous avons trouvé, dans la fosse sus-épineuse droite, une sonorité moindre avec résistance au doigt, une expiration prolongée et rude, et, dans les grandes inspirations seulement, ces râles secs, retentissants, auxquels on donne le nom de légers craquements. On note au même point une bronchophonie légère, et des vibrations thoraciques notablement plus fortes que dans la fosse sus-épineuse gauche. Sous la clavicule droite, nous trouvons également une sonorité diminuée, mais avec une tonalité plus élevée ; et, chez un de ces malades, une respiration saccadée très manifeste. Tels sont les signes sur lesquels nous devions asseoir le diagnostic. Examinons d'abord quelle valeur il nous faut accorder à chacun d'eux.

Tout d'abord, la diminution de sonorité ou submatité : C'est là un signe d'une valeur toute relative, par comparaison avec la sonorité du côté opposé ; car il y a des personnes chez qui les fosses sus-épineuses sont normalement peu sonores. En dehors de tout état pathologique et de toute déformation thoracique, la sonorité est ordinairement un peu plus forte à droite qu'à gauche. C'est l'inverse que nous observons chez nos malades. La percussion des fosses sus-épineuses est toujours très délicate. Il faut que le malade ne soit incliné ni à droite ni à gauche, mais légèrement penché en avant, le dos un peu bombé. Les deux omoplates doivent être très exactement sur le thorax. Bien des malades, instinctivement, soulèvent leurs omoplates de telle sorte que l'ébranlement imprimé par la percussion atteint peu le poumon ou n'arrive pas jusqu'à lui. Vous leur recommanderez donc de laisser retomber les bras inertes et flasques. La percussion doit enfin être faite avec beaucoup de soin. Le doigt sera placé transversalement sur la fosse sus-épineuse et appliqué très exactement sur elle ; c'est là un

point très important. Il faut l'appuyer assez fortement sur la région que l'on percute, de telle sorte qu'il fasse corps avec le tissu sur lequel il repose, et l'appuyer avec une force égale sur chaque région à explorer. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la percussion même doit être égale des deux côtés.

Des états pathologiques multiples peuvent produire une semblable dimnution de sonorité: 1° la condensation du parenchyme pulmonaire, soit par suite de la congestion, soit par l'infiltration de ce parenchyme par des substances solides ; 2° l'affaissement des vésicules ; 3° l'épaississement de la plèvre et l'interposition de dépôts fibrineux entre le poumon et la paroi thoracique ; ceux-ci agissent moins par leur présence que par l'affaissement du poumon qu'ils déterminent, car vous savez combien l'interpostion de vêtements épais entre le doigt et la paroi modifient peu les caractères du son. Telles sont les trois conditions anatomiques qu'on doit présumer en présence d'une diminution de la sonorité dans les sommets ; celle-ci n'indique donc pas un état anatomique unique ; et cependant cette seule diminution de la sonorité suffit presque à affirmer la tuberculose ; c'est que la congestion, la pleurésie, l'atélectasie sans pleurésie antérieure, quand elles sont localisées au sommet, ne peuvent être rattachées qu'à la tuberculose. La syphilis, il est vrai, quand elle atteint le poumon, peut donner lieu aux mêmes signes ; mais ses lésions sont très exceptionnellement prédominantes dans les fosses sus-épineuses et je vous ai souvent fait remarquer que la tuberculose était presque toujours associée à cette phtisie syphilitique. C'est donc là un signe presque pathognomonique et un signe presque toujours précoce ; c'est parfois le seul que l'on observe. Il peut cependant faire défaut ; parfois même la sonorité est augmentée. Andral avait déjà signalé ce tympanisme, lequel est dû à de l'emphysème ; celui-ci est parfois un emphysème ancien, d'autres fois il est dû à la bronchite concomitante. Mais cet emphysème limité, circonscrit au sommet, est singulièrement suspect ; ajoutez qu'il s'accompagne ordinairement d'autres signes qui facilitent le diagnostic. On est parfois tenté de prendre pour un excès de sonorité ce qui n'est qu'élévation de tonalité. C'est une loi générale, et sur laquelle j'ai bien souvent insisté devant vous, que le son paraît d'autant plus fort qu'il a une tonalité plus élevée ; c'est ainsi qu'à égalité d'intensité, le son d'un basson semble moins fort que celui d'une flûte.

A cette période de la tuberculose, la tonalité de son est ordinairement plus élevée, aussi parfois celui-ci paraît-il plus fort du côté malade, encore qu'il soit moins intense que du côté sain.

La résistance au doigt a peut-être une valeur plus grande que la diminution du son ; c'est qu'en en perçoit mieux les moindre variations, quand on a l'habitude de la percussion.

En nous révélant ces modifications de la sonorité, ces changements de la tonalité, la résistance au doigt, la percussion nous fournit ainsi des indices précieux de la tuberculose commençante.

L'auscultation nous donne une respiration faible et rude. La faiblesse du murmure vésiculaire est encore un signe d'une valeur toute relative. Chez certaines personnes, le murmure vésiculaire s'entend normalement d'une façon très médiocre ; mais ce caractère est alors symétrique et ne s'accompagne pas de modification de la sonorité. Le murmure vésiculaire est aussi très faible en cas d'emphysème ; il peut même disparaître complètement ;

ce qui, joint à l'augmentation de la sonorité, pourrait faire croire, au premier abord, à un pneumothorax, si d'autres signes ne venaient éclairer le diagnostic. C'est donc en comparant l'intensité du murmure vésiculaire de côté et d'autre qu'on peut se rendre compte des lésions. Lorsque celles-ci sont peu accentuées, il faut ausculter successivement les deux sommets, surtout il est indispensable de les ausculter en des points absolument symétriques. Vous savez, en effet, que le murmure vésiculaire n'a pas les mêmes caratères à la partie externe et à la partie interne de la fosse sus-épineuse ; il a ici un timbre particulier, il est un peu plus fort, on y entend un peu le bruit bronchique.

On observe, en outre, la rudesse de la respiration. Il ne faut pas confondre la rudesse avec l'intensité des bruits. Un bruit peut être à la fois très faible et très rude, ou inversement très fort et très doux. Normalement, la pénétration de l'air dans une multitude de vésicules, produit un murmure très doux, qu'on pourrait comparer au bruit que font les feuilles dans une forêt. Le bruit bronchique est distinct du murmure vésiculaire, de même que le bruit produit par le vent dans les arbres d'une forêt, diffère de celui qu'il produit à travers un poteau télégraphique par exemple. Nous n'avons plus à réfuter, en effet, l'opinion de Beau, d'après qui le murmure vésiculaire n'est que la transmission du bruit trachéal. Nous savons, à n'en plus douter, que le bruit vésiculaire est dû à la pénétration de l'air dans les vésicules, où il passe d'un endroit plus étroit à un endroit plus large. D'autres bruits se passent encore dans le poumon, ils sont produits par le choc de l'air contre les éperons des bronches et par la collision des différents courants aériens au niveau des divisions bronchiques.

Il se produit donc dans le poumon deux sortes de bruits : des bruits vésiculaires et des bruits bronchiques. Mais à l'état normal, le murmure vésiculaire prédomine, c'est même le seul qu'on perçoive distinctement ; les vésicules constituent une sorte de matelas d'air qui éteint presque complètement le bruit bronchique. Quand ces vésicules se vident d'air, si elles s'affaissent, si elles se remplissent d'une substance solide, elles transmettent mieux les vibrations ; le murmure vésiculaire diminue et le bruit bronchique prend sa place. Ce bruit bronchique doit donc être distingué du bruit vésiculaire; il indique que le poumon condensé est devenu un meilleur conducteur du son. Lorsque dans un sommet le poumon a perdu sa souplesse, il transmet mieux les bruits produits au niveau des petites bronches, et l'auscultation révèle une variété de bruit qui est intermédiaire entre le murmure vésiculaire et le bruit bronchique, c'est ce que Laënnec a appelé le bruit respiratoire rude. C'est un signe de condensation du poumon.

Le plus souvent, en même temps que la respiration devient plus rude, son rythme se modifie. L'expiration paraît sous l'oreille plus longue que de coutume; en réalité, elle est un peu plus courte. Normalement, l'inspiration est à l'expiration comme 3 est à 7 en moyenne, comme le montrent les tracés spirométriques ; mais on entend mieux l'inspiration, le murmure vésiculaire y est perceptible du commencement jusqu'à la fin, tandis qu'on ne l'entend que pendant la première partie de l'expiration. La fin de l'expiration est absolument silencieuse. Quand la respiration s'accélère, c'est l'expiration qui s'abrège, de même que quand les mouvements du cœur

s'accélèrent, c'est la diastole qui devient plus courte. Quand la respiration devient rude, cette fin du bruit d'expiration devient accessible à notre oreille ; il n'y a donc rien de surprenant à ce que l'expiration paraisse prolongée. Quoiqu'il en soit, l'expiration prolongée n'a que la valeur de la respiration rude.

La respiration prend parfois un caractère différent, que Woillez a appelé respiration granuleuse. C'est là un terme peu précis et qui a souvent prêté à confusion. Ce mode respiratoire tient à ce que le murmure vésiculaire est interrompu par des petits bruits confus et nombreux ; ce sont en réalité des râles indistincts.

Enfin, nous avons observé chez l'un de nos malades des saccades respiratoires dans des conditions que je considère comme exceptionnelles, car je ne les ai rencontrées que très rarement. Ce n'est pas que la respiration saccadée soit rare, et j'aurais plus d'une fois l'occasion de vous la faire observer. Cette modification du bruit respiratoire fut signalée en 1837 par Raciborsky, alors chef de clinique de Bouillaud ; il l'avait rencontrée chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire disséminée et chez des hypochondriaques. Après lui, Audry, un de ses successeurs à la Charité, en fit un signe de tuberculose au début. On s'aperçut bientôt que ce symptôme pouvait se rencontrer non seulement chez des tuberculeux à la première période, mais chez des asthmatiques, des pleurodyniques, des gens purement nerveux. Je vous fais grâce de l'historique, et j'aime mieux vous dire ce que j'en pense. Je crois que, sauf dans des cas très limités, et notre malade rentre précisément dans cette catégorie exceptionnelle, c'est un signe qui n'a aucune valeur. Nous n'avons pas à le regretter beaucoup, car nous sommes suffisamment riches. La respiration saccadée peut être due à différentes causes. Parfois, chez des sujets nerveux, elle est due à ce que les mouvements musculaires sont saccadés. Dans l'immense majorité des cas, les saccades respiratoires accompagnent les mouvements du cœur ; pendant l'inspiration, il s'en produit une à chaque systole et à chaque diastole ; pendant l'expiration, il s'en produit une à chaque systole seulement. Il n'y a là rien de spécial à la tuberculose. C'est un fait que j'ai énoncé en 1887, dans une étude publiée dans la *Revue de médecine*, et depuis lors je n'ai pas changé d'avis. Cependant, il est vraisemblable que la tuberculose, en condensant le parenchyme pulmonaire, facilite leur production dans une certaine mesure. On les entend mieux au sommet du poumon gauche, parce que les mouvements du cœur s'y font sentir davantage. Elles apparaissent ou disparaissent suivant que l'excitation cardiaque est plus ou moins intense. Parfois, enfin, comme chez notre malade, elles sont dues à ce que des froissements pleuraux légers viennent interrompre le mouvement respiratoire ; ces froissements pleuraux entraînent un déplissement saccadé du poumon. C'est donc, dans ces conditions, un signe de pleurésie sèche du sommet, et il devient alors un signe précieux de tuberculose.

Nous trouvons chez nos deux malades du retentissement de la voix et l'exagération des vibrations thoraciques. Le retentissement de la voix ou bronchophonie indique que le son se transmet mieux par le parenchyme plus dense. Il en est de même de l'exagération des vibrations thoraciques. Cependant, on est surpris parfois de trouver de la bronchophonie avec une diminution des vibrations thoraciques, ou inversement. Ceci tient aux modes différents de sensibilité de l'oreille et de la main ; l'oreille perçoit

mieux les vibrations plus fréquentes, et quand le nombre de ces vibrations devient inférieur à 33 par minute, elle ne perçoit plus aucun bruit ; la main, au contraire, est plus sensible aux vibrations rares. Aussi l'exagération des vibrations thoraciques a-t-elle un peu plus de valeur que la bronchophonie. Quand on constate de la bronchophonie, il faut ici encore avoir soin de ne pas confondre les modifications de tonalité avec les modifications d'intensité. Chez nos deux malades, l'exagération des vibrations et le retentissement de la voix indiquent la condensation du parenchyme ; celle-ci peut cependant coïncider avec une diminution des vibrations. En effet, tandis que la sclérose pulmonaire exagère ordinairement ces vibrations, la congestion pulmonaire les éteint en partie. Or, à certaines époques de la tuberculose, la congestion pulmonaire est le fait prédominant, et les vibrations thoraciques sont diminuées ; à d'autres moments, elle s'associe à la sclérose dans des proportions diverses, d'où résultent de nombreuses variétés dans les modes de transmission des bruits à travers le poumon.

On perçoit, au début, quelquefois des râles ronflants et sibilants, plus souvent des râles sous-crépitants, de volume variable, se produisant dans l'inspiration et dans l'expiration. Ces râles prennent au sommet un caractère particulier, ils sont plus durs, de timbre plus éclatant, ce qui leur a valu le nom de craquements. Ils sont plus ou moins gros suivant qu'ils se passent dans des bronches plus ou moins grosses. Ils indiquent que les bronches sont obstruées par des mucosités plus ou moins sèches et que le bruit en est transmis par un parenchyme plus condensé Laënnec en faisait un signe de ramollissement des tubercules ; ils s'entendent, en effet, le plus souvent à cette période, mais on peut les percevoir dès le début ; c'est un signe de bronchite, mais leur localisation est très caractéristique ; car une bronchite qui est limitée au sommet y est appelée et fixée par des tubercules.

Il me reste à vous dire deux mots de la transmission du second bruit du cœur à travers la couche de tissu pulmonaire qui recouvre la base de cet organe. Normalement, le second bruit ainsi transmis est doux ; quand le parenchyme pulmonaire est modifié, il devient plus fort et plus dur. L'accentuation du second bruit pulmonaire ne tient pas seulement à l'induration pulmonaire ; le second bruit du cœur peut être lui-même exagéré, soit par l'augmentation de tension dans l'artère pulmonaire comme dans la dilatation cardiaque droite d'origine gastro-hépatique, soit par une contraction plus énergique du cœur, comme dans le rétrécissement mitral, soit par dilatation de la crosse aortique avec altération des parois. Enfin, chez certains sujets jeunes, à thorax médiocrement développé, la lame du poumon qui couvre le cœur est beaucoup moins épaisse que normalement ; de sorte que le second bruit se transmet mieux et acquiert une intensité insolite ; j'ai eu l'occasion de constater ce fait chez une jeune fille où il était assez marqué pour avoir fait à tort soupçonner une lésion organique du cœur.

Nous venons de passer en revue les signes de la tuberculose au début ; ce sont, d'une part, des signes de condensation du parenchyme pulmonaire ; d'autre part, des signes de bronchite. Mais la localisation de ces signes au sommet est caractéristique de la tuberculose.

Aussi, quand la tuberculose, par exception, se localise ailleurs qu'au som-

met, ils n'ont plus la même valeur et le diagnostic devient difficile. Nous avons alors une dernière ressource, c'est l'examen bactériologique des crachats. La présence du bacille de Koch a une valeur absolue et tranche alors le diagnostic ; il n'en est pas de même de son absence, aussi faut-il répéter souvent les examens et faire de nombreuses préparations. Malheureusement, au début, on n'observe qu'exceptionnellement le bacille tuberculeux dans les crachats ; il apparaît ordinairement à une période où les signes que nous venons d'étudier ont largement assuré le diagnostic.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

C'est une des vertus des anesthésiques de retenir longtemps l'attention des sociétés savantes, aussi bien la Société de chirurgie n'a-t-elle pas à s'en plaindre, quand il s'agit du *bromure d'éthyle*, agent destiné, paraît-il, à venir en aide au chloroforme et même à faire merveille sans lui dans les opérations très courtes.

C'est à propos du procès-verbal que M. Terrier prend la parole sur cette question ; c'est dans son service que cet anesthésique a été employé un très grand nombre de fois et il s'en est très bien trouvé puisqu'il continue à s'en servir. Mais, à propos de la pureté de ce corps, il y a des distinctions à faire. M. le professeur Terrier montre, en effet, deux échantillons représentant le même liquide, mais avec des qualités diverses.

L'un est celui de l'Administration ; il est préparé avec du phosphore, du brome et de l'alcool, contient des phosphures d'hydrogène et a une odeur typique, persistante à ce point qu'on reconnaît même le lendemain matin les malades endormis avec cet agent, à ce que leur haleine a une très forte odeur alliacée. Comme le chloroforme, ce bromure d'étyle peut être purifié à l'hôpital même, et M. Terrier fait faire cette petite opération par son interne en pharmacie.

L'autre bromure d'étyle, dit du commerce, est obtenu par un autre procédé en mélangeant des corps plus facilement purs qui sont l'acide sulfurique, l'acool et le bromure de potassium. C'est de ce bromure dont s'est servi M. Segond et, du reste, M. Terrier, qui a employé les deux, n'a pas saisi de différences appréciables dans les effets produits.

Passant alors à l'emploi des anesthésiques, le chirurgien de Bichat estime qu'il est non seulement indispensable d'avoir un local à part pour endormir les malades et ménager leur émotivité, mais il pense même qu'il est indispensable d'avoir, dans tout service de chirurgie, un élève chargé spécialement de l'anesthésie et qui ferait en même temps l'office de moniteur. M. Bazy revient aussi sur le bromure d'étyle, il a constaté plusieurs fois des vomissements et ce matin même, par l'anesthésie mixte, il en a eu de très abondants. Cette question des vomissements donne à M. Terrier l'occasion de faire part à la Société d'une remarque qu'il a faite et qui est intéressante. Toutes les personnes qui ont eu le mal de mer pendant une traversée sont sûrs d'avoir d'abondants vomissements chloroformiques et M. Verneuil fait remarquer qu'il y a quinze ans il et a écrit un mémoire sur cette question des vomissements après l'anesthésie a démontré que c'était une question de terrain. Il n'a pas songé au mal de mer, « mais interrogez, dit-il,

« les dyspeptiques, les alcooliques, les hépatiques et les néphrétiques et « vous verrez qu'ils vomissent spontanément et avec opiniâtreté. »

M. Quénu a vérifié la remarque de M. Terrier et ne l'a jamais trouvée en défaut. Quant à ce qui est de l'influence de l'estomac, il a vu des malades qui vomissaient jusqu'au lait avant l'intervention et qui après l'opération ne présentaient plus la moindre nausée. Nous nous permettrons de lui faire remarquer que dans un cas il s'agissait de l'extirpation d'un cancer du pylore qui pouvait bien provoquer les vomissements, et dans l'autre d'un fibrome qui, par sa présence, pouvait être aussi la cause des malaises.

M. Segond cite aussi l'exemple d'un sujet qui avait le mal de mer en se promenant sur les jetées et qui, soumis à l'anesthésie, ne présenta pas le moindre vomissement. M. Monod fait remarquer que les enfants sont sujets à cet effet du chloroforme et sont, au contraire, peu influencé par le mal de mer, et la question se termine par l'exemple cité par M. Championnière, de vomissements incoercibles de la grossesse guéris par une laparatomie exploratrice.

Les *dilatations des veines jugulaires internes* sont des observations très rares, aussi un cas enregistré par M. Mignon donne-t-il à M. Delorme l'occasion de faire un rapport sur cette question. Il s agit d'un homme qui, à la suite d'un effort violent, vit apparaître une tuméfaction du cou, tuméfaction qui fut reconnue appartenir à la jugulaire interne. Il n'existe pas de faits analogues dans la science et cependant M. Delorme a eu l'occasion d'en voir un second exemple. Il s'agit, dans ces cas, d'une dilatation du vaisseau sous l'influence d'un effort que produit le relâchement valvulaire. La poche peut augmenter de volume et menacer de se rompre. Aussi, pour s'opposer à son accroissement, faut-il faire porter une pelote compressive au malade et au besoin être prêt à faire une ligature latérale de la veine.

M. Berger vient ensuite entretenir la Société d'un cas curieux; il s'agit d'un adulte qui, il y a 18 ans, fut opéré d'un fibrome de l'index; nouvelle tumeur sur le métacarpien qui fut opéré à nouveau; apparition d'une troisième tumeur du côté du carpe, qui amena le malade à Paris, décidé à se faire pratiquer la désarticulation de l'épaule. M. Berger se contenta de lui couper l'avant-bras, et comme le blessé avait conservé ses trois tumeurs, l'examen put en être fait par M. Cornil, et à ce propos se posa l'importante question de la transformation des néoplasmes. Or, les deux premières tumeurs étaient du fibrome et la troisième du sarcome. Ce fait prouve donc qu'une tumeur bénigne peut se transformer en tumeur maligne, capable à un moment de se généraliser.

C'est une des questions les plus intéressantes, reprend M. Verneuil, qui a particulièrement étudié ce sujet dans la thèse de son élève Ricard. Et à ce propos plusieurs questions se posent, ou il y a évolution, comme dans le cas de M. Berger, et lui-même a vu des adénomes récidiver sous forme de tumeurs fibro-plastiques, ou bien la tumeur du début avait dans une de ses parties le tissu anatomique, qui plus tard se développa et qui avait passé inaperçu au premier examen. M. Verneui, à ce propos, cite de nombreux et intéressants exemples tirés de sa pratique, et aborde ensuite l'importante question de la *Trève des cancers.* Il a vu des néoplasmes sommeiller pendant des années et réapparaître sous la même forme longtemps après.

A ce propos, M. Routier cite la curieuse observation d'une femme qu'il

suit depuis longtemps, à laquelle il enleva deux fois des masses dans le rectum, masses qui furent reconnues être du syphilome. Trois ans après la dernière intervention, une adénopathie se montra sous forme d'épithélioma. Enfin, plus haut cette fois, mais toujours dans le rectum, il pratiqua encore une extirpation et le néoplasme fut reconnu être aussi de l'épithélioma.

La discussion continue sur le terrain anatomique et M. Quénu trouve les faits analogues à ceux de M. Berger des plus faciles à expliquer par l'évolution des tumeurs. Pour lui, comme pour les Allemands, comme pour M. Verneuil, du reste, ajoute M. Kirmisson, le sarcome n'est autre chose que du fibrome, qui peut n'apparaître qu'au bout de nombreuses années ; mais c'est une marche facile à comprendre sans qu'on puisse savoir le comment et le pourquoi de l'évolution.

M. Berger fait remarquer qu'il n'a pas eu l'intention d'aborder le point anatomique de la question. En clinique, le fibrome et le sarcome sont bien différents, sans compter que même au point de vue histologique, la texture de leurs vaisseaux diffère notablement. Ce qu'il y a de curieux dans son fait, c'est que l'examen des trois tumeurs enlevées successivement a pu être fait par le même individu, conditions rares ; que les deux premières étaient du fibrome, la dernière du sarcome, et qu'on peut se demander si cette transformation aurait eu lieu en l'absence de toute intervention chirurgicale.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

—

Des injections d'extrait glycériné de substance rénale chez les albuminuriques. — MM. Teissier et Frenkel ont fait à la Société nationale de médecine de Lyon une communication sur l'action physiologique des injections d'extrait glycériné de substance rénale chez les malades atteints d'albuminurie. Ces recherches ont été entreprises à l'instigation du docteur Brown-Séquard, à l'effet de déterminer aussi exactement que possible l'influence du liquide rénal sur les grandes fonctions organiques, et en particulier sur l'élimination des substances toxiques par la sécrétion urinaire. Elles ont été réalisées avec l'extrait glycériné préparé par Jaquel, avec la substance rénale du mouton triturée soigneusement et macérée 24 heures dans de l'eau glycérinée au 1/10.

Cette préparation est absolument inoffensive et les limites entre lesquelles on peut varier la quantité injectée très larges : 20 cc. inoculés chez l'animal sous la peau, par kilogrammes du poids du corps ou injectés dans les veines, ne déterminent aucun accident, ni aucun trouble du côté des urines. Une injection de 100 cc. par kilogr., par contre, entraîne la mort rapidement avec une dyspnée intense du nystagmus et des convulsions.

Chez les malades, MM. Teissier et Frankel n'ont injecté que 2 cc. les premiers jours, et 2 cc. matin et soir les jours suivants, soit 4 cc. Or, les effets réalisés par ces doses si minimes sont déjà pleines d'intérêt. Voici dans quelle condition les auteurs ont expérimenté.

Ils ont choisi deux malades : l'une atteinte de néphrite interstitielle typique avec œdème, accidents cardiaques, troubles généraux imputables à l'insuffisance urinaire ; l'autre, atteinte d'albuminurie dyscrasique, prémonitoire d'une évolution tuberculeuse.

Ces malades ont été mises au régime lacté absolu et à la ration d'entretien pendant trois jours, de façon à ne pas troubler les résultats des observations. Pendant ces trois jours on a pratiqué l'analyse complète des urines (urée, phosphates, chlorures, etc.), et on a établi leur toxicité suivant la méthode du professeur Bouchard. On a déterminé la densité du sang (méthode B. Lyonnet), compté les globules rouges et les globules blancs; on a pu aussi établir le bilan nutritif de chaque malade, en prenant la moyenne des chiffres obtenus pendant ces trois jours d'exploration.

On a procédé de la même manière pendant les cinq jours où les malades ont reçu dans le tissus sous-cutané l'extrait rénal, puis pendant les trois jours qui ont suivi la cessation des injections.

Voici les résultats obtenus : aucun changement dans la quantité des urines ; donc aucune action diurétique ou antidiurétique, faits constatés d'ailleurs chez l'animal ; aucune modification apparente de la densité du sang ni de sa composition globulaire, mais légère augmentation de la pression artérielle (2 à 3 c. avec le sphygmomanomètre de M. Potain). Par contre, modifications très sensibles du côté de la constitution chimique de l'urine et surtout de son pouvoir toxique.

Chez la malade atteinte de néphrite interstitielle on a relevé une augmentation légère du chiffre de l'urée de 17 à 20 grammes; pas de modification du chiffre des chlorures, mais élévation marquée du chiffre des phosphates, passant de 0 gr. 38 à 0 gr. 86 et à 1 g. 23 par 24 heures; une augmentation sensible des dépôts uriques, et enfin un relèvement du coefficient uro-toxique, qui passe de 0,205 à 252 sans que la quantité d'albumine (0 gr. 35) soit modifiée. Mais le fait le plus important à noter, c'est la production du myosis, déterminée avec les urines recueillies dès le deuxième jour de la période des injections et avec 60 cc. seulement, alors que dans la période prémonitoire, ce phénomène, qui mesure en quelque sorte le degré de toxicité urinaire, ne se produisait pas, ou était à peine ébauché avec 350 c.

Dans le deuxième cas, les résultats ont été analogues dans leurs grandes lignes, tout en différant sur quelques points de détails : augmentation de l'urée par saut de 20 gr. 75 à 26 grammes, des chlorures s'élevant de 5 gr. 70 à 9 gr. 80, pas de modifications de phosphates; mais, point intéressant à relever, disparition de l'albumine pendant les jours d'injection, malgré une température plus élevée et réapparition dès la cessation des mêmes injections. D'ailleurs, comme dans le premier cas, relèvement considérable du coefficient urotoxique, qui, de 0,383, 0,472, passe à 0,510, 0,559, 0,521.

Le myosis, qui existait d'ailleurs, avant les injections, les urines étant suffisamment toxiques, se produit aussi pendant la période des injections d'une façon très évidente et peut-être plus rapide. Dès le 20e cc. introduit dans la veine, la pupille se contracte énergiquement.

Ces quelques différences dans les résultats des observations de MM. Teissier et Fraenkel se comprennent aisément avec la nature des processus morbides, mais les effets de la température sont les mêmes et, parmi eux, le plus important est sans contredit l'augmentation du pouvoir éléminateur pour les substances toxiques.

Sans doute, on ne peut attribuer cette élévation du coefficient urotoxique à l'élimination de la substance injectée et dont les faibles proportions doivent se perdre dans la masse des urines des 24 heures. On est donc conduit à invoquer une action dynamique favorisant l'oxydation des produits de desintégration (augmentation de l'urée), en excitant les propriétés sécrétoires internes du parenchyme rénal, propriétés dont l'intégrité est peut-être nécessaire pour l'élaboration des substances toxiques à éliminer.

Il faut signaler enfin le sentiment d'amélioration générale éprouvé par les malades

pendant la période d'injection, dont l'action physiologique et l'innocuité, ainsi démontrées, concordent pour autoriser leur utilisation dans le traitement des néphrites. M. Teissier les avait d'ailleurs employées déjà avec avantage chez un certain nombre de malades.

Pleurésie hémorrhagique. — M. Lépine a eu occasion d'étudier un cas intéressant de pleurésie hémorrhagique. Il s'agit d'un homme de 43 ans, d'apparence robuste, ne présentant aucun signe suspect au sommet des poumons. Depuis 6 mois environ, il est atteint d'une pleurésie gauche survenue insidieusement et qui ne s'est guère révélée que par l'oppression qui s'est aggravée progressivement et qui, dans ces derniers temps, a forcé le malade a cesser tout travail.

La ponction a donné issue à près de trois litres d'un liquide ayant la couleur du sang, et contenaut 1,200,000 globules rouge par millimètre cube. Quelques jours après on retire encore 1,200 grammes d'un liquide renfermant 500,000 globules rouges par millimètre cube. Les crachats ne contiennent pas de bacille de Koch. Au premier abord, étant donné l'aspect satisfaisant du malade et l'absence de tout signe de tuberculose, soit sthétoscopique, soit tiré de l'examen des crachats, on pouvait rejeter l'idée de pleurésie tuberculeuse, mais les renseignements conduisent au contraire à suspecter fortement la tuberculose. Cet homme, en effet, a été marié à une femme ayant des ganglions suppurés tout autour du cou et ayant donné naissance à 7 enfants tous morts méningite tuberculeuse, le plus âgé à l'âge de 16 mois. De plns, l'évolution clinique est celle de la tuberculose pleurale. Mais il y a 16 ans que le malade est séparé de sa femme; pendant tout le temps il s'est bien porté, n'a pas toussé et c'est là un exemple remarquable d'évolution tuberculeuse fort longtemps seulement après l'infection de probable.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la chorée de Sydenham

1° Cas légers

1° Repos intellectuel et physique.

2° Bains sulfureux.

3° Quelques toniques (préparations de quinquina, d'arsenic).

2° Cas moyens

1° Même traitement hygiénique et gymnastique rythmée.

2° Si l'insomnie est persistante : Bromure de potassium. *Ne pas le continuer trop longtemps.*

3°

Valérianate de zinc..........	ãã 1 gramme
Extrait de jusquiame........	
Sous-nitrate de bismuth.....	

En 30 pilules, 3 à 6 par jour. (Descroizilles).

4° L'arsenic est très indiqué, surtout sous forme d'arséniate de soude, de 3 à 10 milligrammes en n'augmentant les doses que progressivement.

5° Pulvérisation d'éther, de chlorure de méthyle sur la colonne vertébrale.

3° Cas graves

1° Antipyrine : 2 à 3 gr. par jour en doses fractionnées, ou, si l'enfant ne peut avaler les cachets :

Antipyrine................	10 à 20 grammes
Sirop defleurs d'orangers..	100 cc.
Eau de tilleul.............	200 cc.

Une à trois cuillerées par jour. Continuer pendant dix jours.

2° *Ou bien* : Chloral selon la méthode de Joffroy.

Faire une solution aqueuse de chloral pur, que l'on mélange à de la gelée de groseille épaisse, de telle façon qu'il y ait 1 gr. de chloral par 20 gr. (une cuillerée à soupe) de gelée. 4 gr. de chloral en 3 prises au-dessus de 10 ans (2 gr. à 6 heures du soir, 1 gr. à midi, 1 gr. à 7 heures du matin, après les repas). Pour les enfants de 6 à 7 ans, les deux tiers ou la moitié de la dose précédente. Contre-indiqué s'il y a des complications cardiaques.

3° Enveloppement froid matin et soir dans un drap trempé dans de l'eau à 10° ou 12°. On laisse le drap appliqué pendant 2 à 3 minutes en frictionnant le malade vigoureusement, puis, dès le début de la réaction, mettre par-dessus le drap une couverture de laine et on laisse le patient une demi-heure ainsi. (Joffroy).

3° Inhalation de chloroforme dans les cas les plus graves.

— Se rappeler toujours la fréquence des complications cardiaques, consécutives à la chorée, afin de les combattre dès le début par un traitement local approprié (révulsifs); 2° la coïncidence habituelle de l'anémie.

COURRIER

Manœuvres obstétricales. — M. Bar, agrégé, fera sa première démonstration au Grand amphithéâtre de l'école pratique, le mercredi 16 mai 1894, à 5 heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique auront lieu tous les jours, à 3 heures (Pavillon n° VI), à partir du samedi 19 mai.

Les inscriptions pour les manœuvres obstétricales seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 12 mai inclusivement.

Seront seuls admis :

1° Les élèves pourvus de 16 inscriptions ;

2° Les élèves de 4° année possesseurs de 14 inscriptions.

Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

L'anniversaire de Michel Servet. — Les étudiants de Madrid organisent, en l'honneur du 341° anniversaire de la mort de Michel Servet, des fêtes qui auront lieu le 27 octobre prochain sous la présidence de MM. Letaurendi et Callega, professeurs à la Faculté de médecine, et avec le patronage officiel.

L'illustre anatomiste auquel on doit la découverte de la circulation du sang est né à Saragosse en 1509. Il fut brûlé comme hérétique, ainsi qu'on le sait, à Genève en 1553.

— Le conseil municipal a voté la création d'un service de 44 lits à la clinique d'accouchements.

— Dans une de ses dernières séances, le Sénat a discuté une interpellation de M. le docteur Gadaud sur l'application des nouveaux règlements des études médicales qui doivent entrer en vigueur le 1er novembre 1895.

Dans un discours fort éloquent et très applaudi, M. Gadaud a développé cette idée que les sciences dites accessoires doivent être enseignées dans les facultés ou écoles de médecine, comme cela se fait actuellement au lieu de l'être dans les facultés des sciences, ainsi qu'en a décidé un récent décret ministériel.

M. Gadaud a, en conséquence, proposé l'ordre du jour suivant :

« Le Sénat, persuadé que toute restriction apportée à l'enseignement de la médecine « est de nature à nuire aux intérêts de la science et de la profession médicale et, par « suite, à compromettre la santé publique, invite le gouvernement à modifier son décret « du 31 mars 1894 dans le sens du maintien aux Facultés de médecine des chaires de « physique, de chimie et d'histoire naturelle médicales, ainsi que de l'examen du doc- « torat correspondant, et passe à l'ordre du jour. »

MM. Labbé et Cornil ont soutenu énergiquement cet ordre du jour qui a été combattu par M. le ministre de l'instruction publique.

M. Audren de Kerdrel a, ensuite, émis l'opinion que des questions de ce genre étaient d'ordre essentiellement pédagogique, et que, par suite, elles ne relevaient pas d'une assemblée politique.

Le Sénat, finalement, a voté l'ordre du jour pur et simple. Et pourtant il y avait mieux à faire. Nous avons déjà parlé, dans ce journal, des nouveaux règlements qui, quoi qu'en dise le ministre, coûteront une année de plus à l'étudiant hors de sa famille, et dont le but est d'alimenter les Facultés des sciences qui ont très peu d'élèves et qui ne sont, du reste, pas organisées pour recevoir le nouveau contingent qui va leur arriver le 1er novembre 1895.

Nous avons déjà signalé, dans notre feuilleton, la pétition des médecins hindous au Congrès de Rome, demandant que la langue latine redevienne la langue scientifique universelle.

La question a été soulevée dernièrement à l'Académie de médecine de New-York, et le docteur Achille Rose a émis la proposition de faire du grec la langue commune des médecins.

Il s'appuie sur ce fait que le grec est une langue vivante tandis que le latin est une langue morte. La terminologie médicale est presque tout entière empruntée au grec, dont la richesse de combinaisons se prête en outre à l'expression de toutes les inventions modernes.

La plupart des médecins qui ont pris part à la discussion n'ont pas semblé partager l'enthousiasme de M. Rose pour le grec.

Sans doute, le grec est une langue vivante. Mais le langage que parlent actuellement les Athéniens n'a pas beaucoup d'analogie avec la langue d'Homère et de Thucydide.

Le grec se prête, il est vrai, admirablement à la formation des mots nouveaux pour exprimer les idées et les objets modernes. Mais cela n'empêche pas les Athéniens d'aujourd'hui d'appeler simplement un pantalon *το πανταλον*, et leurs hôteliers de vous présenter *τὸ μενοῦ*, sur lequel se trouve inscrit le *φιλέτο γαρνίτο*, et le *πιφτέκι με πατάτες*.

L'opinion qui a paru dominer à l'Académie de New-York est qu'il est inutile de perdre son temps à apprendre le grec et le latin parce que l'anglais semble destiné à devenir naturellement la langue dominante de l'avenir.

Et cela pourrait bien être la vérité, si la statistique donnée par le docteur Leale est exact. D'après le docteur Leale, en 1801, le français était parlé par 19 p. 100 de la population du monde ; en 1890 il ne l'est plus que par 12,7. En 1801, la langue allemande était parlée par 18,7 p. 100 ; en 1890, le chiffre est le même, 18,7. L'anglais, au contraire, qui en 1801 était parlé par 12,7 p. 100, est parlé en 1890 par 27,7.

Corps de santé militaire. — Ont été promus aux grades de :

Médecin-major de 1re classe. — MM. Lambert (Marie-Ch.-Henri), Gély-Guinard, Lambert (Fernand-Philippe), Thouvenin, Chopart, Charpentier.

Médecin-major de 2e classe. — MM. Créton, Pelegry, Achard, Maison, Delabrousse, Barudel, Brissé, Saint-Marcary, Robelin, Licht, Renaud.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

La mort du fœtus

M. le professeur Tarnier. — Leçon recueillie par M. Albert Prieur.

Je vais vous parler, Messieurs, aujourd'hui, du cas intéressant et plein d'enseignements, de cette jeune femme que plusieurs d'entre vous virent accoucher un de ces derniers matins, le 27 avril.

D'une santé parfaite, enceinte pour la deuxième fois, ses dernières règles étaient apparues du 15 au 17 juin de l'an dernier; or, si nous calculons bien, le terme de sa grossesse semblait le 17 mars, et comme elle est accouchée le 27 avril, elle se trouve en retard de 40 jours, Ajoutons que, d'après elle, son enfant aurait remué jusqu'au 26 avril, veille de l'accouchement.

Nous sommes donc en présence d'une grossesse prolongée de dix mois passés; voilà qui est rare, si rare même que je n'en ai jamais vu. J'en ai observé une de neuf mois et quinze jours : il existe, dans la science, deux ou trois cas de dix mois; il y en a même un de dix mois et deux jours, mais il ne faut lui accorder qu'une confiance limitée.

D'abord est-ce bien une grossesse prolongée?

Nous pourrions admettre que la jeune femme est devenue enceinte avant les règles qui ne sont pas apparues, celles de juillet; si bien que sa grossesse, datant du 14 juillet, aurait eu son terme seulement le 14 avril. Mais alors pourquoi ce retard de treize jours? Pourquoi, surtout, cette petitesse de l'utérus qui dépasse l'ombilic à peine de trois travers de doigts, quand il devrait être volumineux, plus volumineux que normalement?

Cette femme, à partir de juin, aurait-elle eu de l'aménorrhée, et serait-ce pendant cette aménorrhée qu'elle serait devenue enceinte?

Si on examine plus attentivement la malade, il semble qu'on n'entende plus du tout les battements du cœur.... Mais alors comment expliquer les mouvements fœtaux perçus par la mère la veille de son accouchement? Il est bon de faire ici une remarque importante; c'est que ces mouvements, d'après son dire, ne ressemblaient pas à ceux ressentis par elle pendant sa première grossesse. Alors qu'à cette époque elle percevait nettement des chocs brusques, *des coups subits*, elle n'a éprouvé cette fois qu'une sensation de *globe tournant et se déplacant* dans son bassin

Cette remarque est d'autant plus intéressante qu'elle concorde avec la disparition des battements du cœur fœtal et qu'elle rend plus probable l'hypothèse de la mort du fœtus. On sait que lorsque l'enfant est vivant la contractibilité du muscle utérin augmente chaque jour d'intensité; il se fait, à l'état permanent, une sorte d'éréthisme qui a fait prononcer à Reujet le mot *d'organe inutile*, et cela à cause de la vascularité très grande et croissante. . tandis que lorsque le fœtus meurt, la contractilité utérine disparaît peu à peu, l'organe devient flasque, recule de droite à gauche au changement de position maternelle.

D'ailleurs la palpation elle-même vient apporter sa preuve. On ne sent pas sous le doigt les parties fœtales distinctes d'ordinaire : à leur place est

une masse uniformément pâteuse, telle qu'on sent ce bloc fœtal produit par un fœtus mort depuis longtemps et macéré.

Grossesse prolongée, disparition du cœur fœtal, mouvements anormaux, palpation spéciale venaient donc nous confirmer dans cette idée que le fœtus devait être mort, et c'est en effet à ce diagnostic que nous nous arrêtâmes. Les événements nous donnèrent raison, puisque le 27 au matin, la femme accouche d'un enfant mort, et mort depuis longtemps.

D'autres signes pouvaient ils nous rendre encore plus confiants dans le diagnostic de la mort du fœtus ? Oui, et les voici :

A cinq heures et demie du matin, le 27 avril, le véritable travail commença. Bientôt la poche des eaux se rompit et il s'écoula un liquide amniotique rosé, un peu sanguinolent, quelque chose comme un mélange de sirop de groseille et d'eau. Or, toutes les fois que le fœtus est mort depuis longtemps, le liquide amniotique se transforme ; ordinairement il devient verdâtre, teinté qu'il est par le mécanisme. Mais si l'on se souvient que, de par la macération, l'épiderme du fœtus se soulève par place, en bulles, et que ces bulles remplies d'un liquide sanguinolent se rompent le plus souvent, on ne s'étonnera pas que, dans ces cas, le liquide amniotique fut rosé. C'est notre cas ici. Première confirmation.

Au toucher, au moment où le col s'effaçant, présente un orifice grand comme une pièce de cinq francs, on arrive sur la tête fœtale et on distingue parfaitement la place des os crâniens ; mais on distingue aussi que, à l'encontre de ce qui se passe chez le fœtus vivant, ces os ne sont pas sur le même plan et chevauchent les uns sur les autres, mobiles. Sous la poussée du doigt, même faible, l'os se déplace nettement. Deuxième confirmation.

***

La dilatation se fit rapidement et on vit apparaître à la vulve une saillie brunâtre, chevelue. Ç'avait bien la forme d'une tête fœtale dans son entier, mais c'était gros comme une mandarine. Ce ne pouvait être que la tête d'un liliputien.

Les efforts se continuant, le tronc fut expulsé. On pesa l'enfant : 1100 gr. ; on le mesura : 35 centimètres de long.

Il y avait là une contradiction.

Par ses dimensions, le fœtus paraissait être au sixième mois ; par son poids, il était en deçà. On sait, en effet, qu'à six mois, un fœtus pèse approximativement 1300 grammes ; à sept, 1800 ; à huit, 2,400 ; à neuf, 3,250.

Notre cas peut s'expliquer de deux façons : d'abord, en faisant observer que le poids d'un enfant n'est pas toujours, nécessairement, proportionnel à sa largeur ; ensuite, que la macération fait diminuer ce poids, ne serait-ce que par la perte de liquide résultant de l'ouverture des bulles et par l'exfoliation de l'épiderme.

Le fœtus était très macéré, d'un rouge brun ; l'épiderme était absent au cou, au ventre ; l'œil sortait de l'orbite à la moindre pression ; le cordon était infiltré, rougeâtre.

Ce qui était particulièrement intéressant à étudier, c'était le placenta sur toute sa face utérine, occupant les neuf dixièmes environ de cette face, sont disséminés des îlots de transformation graisseuse. A la coupe, le tissu est dur, résistant comme du cartilage, criant sous le scalpel. Dans la profondeur, les villosités sont normales mais pâles.

Cete lésion placentaire, qui m'a beaucoup occupé autrefois, et à laquelle j'ai donné le nom de dégénérescence fibro-graisseuse, fait décroître et devient au bout d'un certain temps le faucheur vasculaire du placenta.

L'organe meurt, le fœtus meurt. C'est logique et fatal.

A quelle cause est due cette dégénérescence? On ne la connaît pas.

Labouchère l'avait cherchée, et ayant rencontré un placenta avec hémorrhagies en noyaux, et présentant autour des noyaux hémorrhagiques des zones de tissu en dégénérescence fibro-graisseuse, il en avait conclu que cette dégénérescence était due à une hémorrhagie. Or, il arrive souvent que des cotylédons dégénèrent sans qu'il se soit produit d'hémorrhagies.

Tout ce qu'on sait, c'est que la circulation se ralentit progressivement et que les enfants, ou bien naissent peu développés, ou bien *meurent peu à peu* avant de naître.

Après avoir incriminé une hémorrhagie, on s'est retourné du côté de la syphilis.

Ici la discussion devient plus difficile. La syphilis est toujours possible, même quand elle n'est pas probable; ce qui console de cette incertitude, c'est la facilité et quelquefois les heureux résultats du traitement antisyphilitique. Dans le doute, on peut toujours l'essayer contre une syphilis inconnue ou méconnue, héréditaire ou autre.

La femme d'un personnage politique connu accoucha *dix fois* d'un enfant mort-né. La onzième fois, je fus appelé et pour la onzième fois le choc se reproduisit. Je trouval un placenta à peu près analogue à celui que nous avons trouvé ici. Les parents, interrogés, nièrent toute syphilis et ils étaient de bonne foi... Mais qui pourrait répondre du grand-père?

Ici même, nous nous trouvons en présence d'une jeune femme ayant eu deux enfants : le premier naissant à terme, bien portant; le second mourant à six mois de vie intra-utérine. Mais les deux pères étant différents, qui nous dit que le second n'est pas syphilitique?

Il me revient le cas d'une jeune dame qui vint me consulter après plusieurs fausses couches successives et dans la crainte que pareil accident ne se reproduisit. Intelligente, observatrice, on pouvait l'interroger et elle savait répondre. Elle me donna sur le placenta de ses fausses couches précédentes, des renseignements qui me firent faire le diagnostic de dégénérescence fibro-graisseuse; mais elle nia, sincèrement, toute syphilis. Le mari interrogé de même, répondlt de même. Quant aux grands parents, on ne savait rien, à ce point de vue, sur eux. Je prescrivis, à tout hasard, du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium, ce dernier agissant toujours comme altérant et résolutif.

Or, à la couche qui suivit, elle mit au monde, à sept mois et demi, un enfant parfaitement vivant; on retrouva toutefois, dans le placenta, quelques noyaux fibro-graisseux.

***

On peut donc faire quelque chose pour l'enfant... suivant.

On peut aussi, *il faut* aussi faire quelque chose pour la mère, dans le cas de fœtus macéré dans la cavité utérine. On comprend que la présence dans l'utérus de tous ces squasmes épidermiques tombant soit spontanément, soit au moment du travail, nécessite un surcroît d'attention dans l'anti-

sepsie des voies génitales. C'est un point important qu'il serait dangereux d'oublier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

L'eau de la Vanne et la fièvre typhoïde. — Le choléra.

La question de la fièvre typhoïde et de l'eau de la Vanne est encore à l'ordre du jour. Son intérêt commençait à s'épuiser, lorsque de grandes affiches blanches, placardées sur tous les murs, sont venues lui donner une actualité nouvelle, en annonçant à la population qu'on allait lui distribuer une seconde ration de fièvre typhoïde, sous forme d'eau de Seine, dans tous les arrondissements qui sont alimentés normalement par l'eau de la Vanne. Cette malencontreuse rivière, non contente de s'être laissée polluer, il y a trois mois, a fait éclater son aqueduc en aval de Moret, dans la forêt de Fontainebleau. Il paraît, d'après ce qu'a dit M. le directeur des eaux au Conseil municipal, qu'il existait là, depuis la construction, une fissure longitudinale d'une centaine de mètres qui avait été aveuglée à cette époque, mais qui s'est rouverte le 29 mars et qui a forcé d'arrêter l'eau pour réparer la conduite (1). On a pu vivre pendant deux jours avec les réserves ; mais, le 1er avril, il a fallu verser l'eau de Seine dans la canalisation du service privé et cette distribution n'a cessé que le 6 avril.

Si je ne craignais pas de froisser la susceptibilité légitime de gens que j'aime et que j'estime, je ferais quelques réflexions sur cette grande fissure remontant à vingt ans environs, puisque les eaux de la Vanne sont entrées à Paris en 1874, et qu'on n'a pu encore trouver le moyen de boucher d'une façon définitive. Je m'étonnerais de la fragilité de cet aqueduc de construction récente et qui joue si souvent de mauvais tour à la population, tandis qu'il existe à Rome des aqueducs construits sous les empereurs, c'est-à-dire il y a quinze siècles, en moyenne, et qui distribuent encore à la ville éternelle 1,000 litres d'eau par homme et par jour. Je sais qu'il en existait vingt-deux au temps des Césars et qu'il n'y en a plus qu'une douzaine en service ; mais ceux-là ont tenu bon, et pourtant ils ont été construits par des gens auxquels les hautes mathématiques étaient étrangères et dont pas un, je crois pouvoir l'affirmer, n'avait passé par l'Ecole polytechnique.

Quoiqu'il en soit, nous allons vraisemblablement subir une recrudescence de fièvre typhoïde ; mais, cette fois, nous n'aurons pas à en chercher la cause, puisque nous sommes prévenus et cela se trouve bien, parce qu'une seconde enquête comme celle que nous avons racontée ne serait plus possible, s'il est vrai, comme l'on dit les journaux, que le préfet de la Seine, ne pouvant empêcher les microbes de pénétrer dans les conduites d'eaux de la ville, a pris le sage parti d'en interdire au moins l'approche aux médecins. Cela ne pouvait pas manquer de se produire. Ils avaient, il faut en convenir, poussé l'indiscrétion jusqu'à ses dernières limites. Un service qui se respecte ne peut pas laisser les gens, sous prétexte d'hygiène et de santé publique, s'ingérer ainsi dans ses affaires. La prétention des médecins d'empêcher les gens de tomber malade est de

(1) *Bulletin municipal officiel* du 3 mai 1891, p. 949.

l'outrecuidance, ce n'est pas leur affaire. Qu'ils les guérissent s'ils le peuvent, quand ils sont atteints; mais qu'ils laissent les gens dont c'est la fonction distribuer, à leur aise et sans en rendre compte à personne, les eaux d'alimentation plus ou moins suspectes dont ils disposent. Si ces eaux donnent la fièvre typhoïde. tant pis, et puis, d'ailleurs, ce n'est pas si bien prouvé que cela. Alphand qui s'y connaissait, affirmait qu'il n'y a pas de meilleure eau que l'eau de Seine. Inclinons-nous devant cette compétence et faisons bouillir notre eau pendant une dizaine de jours encore.

Le Conseil municipal et l'Académie de médecine n'en ont pas aussi facilement pris leur parti.

A l'Hôtel de Ville, M. Strauss a interpellé l'administration sur la fréquence des accidents qui ont pour résultat la contamination des sources de la ville et, conformément à sa proposition, le Conseil a voté des conclusions pratiques dans le but d'en empêcher le retour.

L'Académie de médecine, de son côté, a clos la discussion à laquelle elle se livrait depuis plusieurs semaines par le vote des conclusions qui ont été reproduites dans le numéro de l'*Union médicale* du 10 mai.

Ces vœux sont fort sages, mais nous ne nous faisons aucune illusion sur leur résultat et, en attendant une épidémie nouvelle, il est convenable d'arrêter les comptes de celle qui touche à sa fin. Nous n'avons pas de temps à perdre pour cela, car c'est le 1er avril, date traditionnelle des mauvaises plaisanteries, que l'eau de Seine nous a été versée et nous ne tarderons pas à en subir les conséquences, à moins que le bruit qui s'est fait dans les journaux n'ait alarmé la population, et qu'on ait fait bouillir l'eau de Seine dans les arrondissements où elle a été délivrée.

La fièvre typhoïde, depuis le commencement de l'année, causait en moyenne 5 décès par semaine, lorsque son mouvement ascendant s'est produit. Du 18 février au 5 mai, la mortalité a monté brusquement et a présenté la courbe suivante :

8e semaine	13 décès.
9e —	52 —
10e —	70 —
11e —	71 —
12e —	70 —
13e —	54 —
14e —	21 —
15e —	20 —
16e —	12 —
17e —	19 —
18e —	16 —
Total	434 —

Ainsi, du 18 février au 5 mai, la maladie a causé 434 décès au lieu de 155 qu'elle aurait occasionnés, si elle était restée au taux qu'elle affectait auparavant.

Cela fait, par conséquent, 279 décès imputables à la contamination des eaux de la Vanne. Or, comme la mortalité de la fièvre typhoïde est en moyenne de 17 p. 100, 279 décès supposent 1,641 malades en plus à porter au compte de la fièvre typhoïde.

Si je calculais maintenant ce que cela a coûté comme frais de traitement,

comme perte de journées de travail, et si j'ajoutais le capital que représentent ces 2179 existences supprimées dans la force de l'âge, j'arriverais à un chiffre bien éloquent. J'ai fait le calcul de ce qu'avait coûté, à la population de Paris, la rupture de la Vanne qui s'est produite au mois d'octobre 1889. L'épidémie de fièvre typhoïde qui avait été la conséquence de son remplacement par l'eau de Seine avait causé 220 décès représentant 1,294 malades et une perte de plus d'un million. Espérons que la fissure de 1894 ne sera pas aussi dispendieuse.

— La fièvre typhoïde qui était au milieu de nous nous a fait oublier le choléra qui sévissait dans d'autres régions. Il continue pourtant à régner à Lisbonne ; il n'y prend pas, il est vrai, les proportions qu'on pouvait redouter et qui ont motivé, de la part de l'Espagne, les mesures sévères que nous avons indiquées il y a 15 jours. Cependant, il ne faudrait pas considérer cette petite épidémie comme une chose indifférente. Le docteur Montaldo, que le gouvernement espagnol avait, comme nous l'avons dit, envoyé en Portugal pour suivre la marche de la maladie, est revenu à Madrid et a fait son rapport. D'après lui, l'épidémie cholérique présente, à Lisbonne, tous les caractères de la période prodromique qui a précédé celle de 1855. A cette époque, comme aujourd'hui, elle débuta en mars et se traîna pendant tout l'été jusqu'en octobre où elle éclata avec une extrême violence.

Les bacilles-virgules de Koch ont été retrouvés dans les déjections des malades et dans les eaux potables de la ville. Leurs cultures injectées dans le péritoine de cobayes les ont fait périr en dix ou onze heures.

L'invasion du choléra à Lisbonne a été provoquée par l'arrivée d'un navire à vapeur italien, le *Santa-Rome* qui venait du Cap Vert, où la maladie avait été également importée. Ce navire est entré à Lisbonne en décembre et, peu de temps après, le docteur Souza en fut atteint, ainsi que quelques autres personnes. La maladie a sommeillé jusqu'au mois d'avril, où elle prit tout à coup de grands développements, à la suite de violents orages. Le docteur Montaldo estime que, depuis le mois de décembre, le nombre des cas doit dépasser 5,000. Il pense que cette situation pourrait s'aggraver à l'automne, époque à laquelle les épidémies sévissent d'habitude dans la péninsule ibérique, et il engage le gouvernement espagnol à prendre ses mesures en conséquence.

Le choléra continue à régner à Constantinople ; on en signale quelques cas en Belgique et il vient de reparaître dans le Finistère. C'est un retour offensif de l'épidémie de l'an dernier. Il a commencé par Concarneau, Logona, Pont-l'Abbé; puis il s'est rapproché de Brest ; on l'a signalé à l'hôpital Camfrout, à Loperhet ; enfin il y a eu à Brest quelques cas suspects et le 8 mai il est entré à l'hôpital maritime un second maître vétéran avec un choléra bien confirmé. Jusqu'ici, ce retour d'épidémie affecte une bénignité remarquable. On qualifie même la maladie de cholérine dans quelques localités. Cet euphémisme est dû sans doute à la crainte d'effrayer la population et d'éloigner les étrangers, la consigne du silence est partout imposée par l'Administration ; mais, malgré la difficulté de se procurer des renseignements il est certain qu'il y a très peu de décès. Il est à craindre qu'avec les chaleurs cette situation ne s'aggrave, à Brest surtout, dont l'insigne malpropreté est une menace perpétuelle. On y pratique le tout à l'égout, sans eau et sans nettoyage, et, pour combattre l'infection qui s'en dégage,

on a recours, pour la forme, à des procédés de désinfection si sommaires que ce n'est pas la peine d'en parler. Jusqu'ici les pluies se sont chargées de laver les rues et même de nettoyer un peu les égouts, mais vienne la sécheresse et personne ne peut affirmer que le choléra ne prendra pas d'intensité.

Jules ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

Virulence du vaccin animal

M. HERVIEUX. De la virulence du vaccin animal dépend la puissance prophylactique de la vaccine, c'est-à-dire sa raison d'être, il est donc d'une importance capitale d'étudier cette question.

Chez les jeunes bovidés, c'est par les caractères évolutifs de l'éxanthème que se manifeste cette virulence et qu'il est possible d'apprécier son intensité.

Si la virulence est modérée, ce n'est que dans le courant du 4e jour que l'on peut commencer à percevoir la zone indurée qui circonscrit les scarifications. Le 5e jour un bourrelet apparaît au niveau de chacune de ces dernières; et il y a une saillie légère, blanc d'argent; aux 6e, 7e jour il se produit une croûte linéaire occupant toute l'étendue de la scarification. L'évolution est d'autant plus rapide, la tuméfaction d'autant plus marquée, la zone argentée d'autant plus étendue que la virulence est plus grande. Les phénomènes généraux sont assez marqués. Enfin, si la virulence est excessive, il peut y avoir une tendance ulcéreuse de la suppuration pustuleuse.

Pour la culture du vaccin, il faut choisir de jeunes bovidés de 1 à 6 mois; les robes claires sont plus favorables, l'animal ne doit pas être malade.

La mamelle et les endroits qui l'avoisinent sont les points les plus favorables pour les scarifications; le nombre de ces dernières ne doit pas dépasser 150.

La lymphe défibrinée à l'état frais est une des meilleures préparations que l'on puisse mettre en usage pour l'inoculation des jeunes bovidés et M. Hervieux pense que l'on doit continuer à s'en servir à cause même de sa faible virulence. Lorsque l'on peut soupçonner une atténuation de la virulence du vaccin, il est bon de recourir à un mélange à parties égales de la lymphe avec une certaine quantité de pulpe glycérinée. Cependant, cette pulpe peut donner lieu à des accidents de suppuration et il y a lieu de préférer la lymphe fraîche.

La lymphe ancienne doit être abandonnée dans la pratique.

La pulpe glycérinée est très avantageuse pour les inoculations humaines. Elle doit ses avantages à la proportion considérable de matière virulente qu'elle contient; au mélange de la pulpe avec la glycérine qui, agissant à la manière d'un antiseptique, préserve cette pulpe des altérations dont elle est susceptible en vieillissant.

Pour M. Hervieux, qui rapporte des expériences à l'appui, l'emploi de la pulpe glycérinée, passé l'âge de 25 à 30 jours, n'est pas toujours, comme l'ont déclaré MM. Ménard et Chambon, un moyen sûr et capable de produire la vaccine la plus pure. M. Antony a fait de nombreuses expériences et il en conclut que jusqu'au 3e mois la pulpe glycérinée détermine chez les génisses des éruptions normales; il a vu que la pulpe conservée en tubes capillaires s'atténue plus vite que celle conservée dans des doigts de gants et enfin que les inoculations effectuées avec les pulpes anciennes de plus de quatre mois sont parfois suivies d'accidents de suppuration. A partir de 3 à 4 mois la viru-

lence s'atténue ; elle persiste un an au plus. La pulpe desséchée doit être abandonnée.

Pour les inoculations humaines, la pulpe glycérinée doit être préférée à la lymphe défibrinée fraîche qui ne contient pas assez de matière virulente. La sensibilité de sujets humains à la virulence vaccinale est, en effet, beaucoup moins marquée que celle des bovidés. La purulence même ne se transmet pas facilement de l'espèce bovine à l'espèce humaine et l'organisme humain possède la propriété d'expurger, pour ainsi dire, le vaccin animal des principes pathogènes qu'il contient. On a émis et on émet encore des opinions très divergentes sur la valeur comparative du vaccin pris à bras et de la pulpe glycérinée pour les inoculations humaines et des recherches nouvelles s'imposent pour éclairer définitivement la question.

M. Straus n'a signalé dans le vaccin que le coccus aureus et albus. M. Antony y a trouvé quatre microbes et trois bacilles (subtilis, mésentérius et un bacile mobile). Ces micro-organismes n'ont pas d'utilité réelle et il est probable que ce sont de simples parasites.

M. Hervieux résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

La virulence du vaccin animal se manifeste par des phénomènes locaux et généraux dont l'intensité peut être modifiée par l'âge de la génisse, son développement, son état de santé, le siège et le nombre de ses scarifications.

La lymphe fraîche est, malgré sa virulence, ou plutôt en raison de sa faible virulence, une des meilleures préparations vaccinales qu'on puisse mettre en usage pour l'inoculation des jeunes bovidés.

La lymphe fraîche est préférable pour cette inoculation au mélange de la lymphe avec la pulpe, malgré la supériorité de ce mélange au point de vue de la virulence.

La lymphe défibrinée ancienne doit être abandonnée en raison de l'atténuation progressive de sa virulence et des accidents de suppuration auxquels elle peut donner lieu.

La pulpe glycérinée que l'intensité de sa virulence rendait peu propre à la vaccination des jeunes bovidés peut, une fois purifiée par le vieillissement, être employée pour ces animaux ; mais il n'est pas exact de dire qu'elle produit invariablement la plus pure vaccine.

La pulpe desséchée est abandonnée aujourd'hui en raison de la dépense de matière pulpeuse qu'exige sa préparation et des dangers auxquels elle s'expose.

Les vaccinations humaines sont habituellement pratiquées, soit avec la lymphe puisée de bras à bras, soit avec la pulpe glycérinée. Les divergences qui existent entre les auteurs sur la valeur de ces deux procédés s'expliquent par les conditions différentes dans lesquelles l'un ou l'autre de ces deux procédés peut être effectué.

L'utilité des micro-organismes rencontrés dans le vaccin animal paraît douteuse, puisque la virulence persiste après leur disparition.

M. Vallin : La pulpe glycérinée est de beaucoup supérieure à la lymphe vaccinale, car elle donne des résultats bien plus constants. En effet, on a beaucoup de difficultés à recueillir la lymphe sur des génisses que l'on est obligé de ligotter, avec des aides qui se pressent ; aussi, dans la pratique, elle est pleine de grumeaux et difficile à faire pénétrer sous la peau. De plus, avec la pulpe, on peut faire 200 vaccinations à l'heure, et c'est à peine si on peut atteindre 100 avec la lymphe.

M. Colin rappelle qu'à l'Institut vaccinal de Lyon, le médecin et le vétérinaire se servent de pulpe de 2 à 3 mois, car le vieillissement a sur elle une influence favorable. Dans tout le Sud-Est de la France, on emploie de la pulpe vieille et l'on s'en trouve bien.

M. Charpentier sait que MM. Chambon et Saint-Yves Ménard accordent plus de confiance à la pulpe ancienne qu'à la pulpe récente.

M. VALLIN fait des réserves sur l'emploi de la pulpe ancienne, car cette pulpe constitue un liquide fermentescible.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport d M. Empis sur les candidats au titre d'associé national.

Voici la liste de classement: 1re ligne, M. Rollet; 2e ligne *ex æquo*, MM. Lépine, Renaut.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai. — Présidence de M. FERRAND

Hémorrhagies dans la cirrhose

M. HANOT. — M. Rendu rappelait, dans la dernière séance, qu'à la phase ultime de la cirrhose hépatique, des complications, probablement d'origine microbienne, peuvent se montrer, parmi lesquelles les sugillations sanguines. M. Hanot admet la nature infectieuse de ces suggilations, et de toutes les autres hémorrhagies, qui se montrent quelquefois d'ailleurs, non seulement à la phase ultime de la cirrhose, mais aussi à une période plus précoce et même pendant la « précirrhose ». Il montre une photographie présentant une éruption de macules circulaires de diamètre variable, s'étant développée sur la peau du thorax et des bras d'une femme atteinte de cirrhose avec foie gros et dur, sans ascite ni développement anormal des veines sous-cutanées abdominales. Ces macules noirâtres ou violacées, dont quelques-unes dépassaient le diamètre d'une pièce de 5 francs, s'étaient montrées à une période précoce de l'affection ; elles ont disparu aujourd'hui. La malade avait présenté, au moment de leur production, un état général grave, avec hypothermie et on avait trouvé le staphyl ocoque dans son sang.

Virulence variable du streptocoque de l'érysipèle

M. CATRIN lit un mémoire sur ce sujet. En voici les conclusions :

La classification des érysipèles d'après leur courbe thermique, est extrêmement difficile à établir, tant sont variables ces courbes, surtout dans les stades d'état et de défervescence.

On ne peut dire à l'avance s'il y aura récidive, si ces récidives seront plus bénignes ou plus graves que la première attaque, et au milieu d'atteintes bénignes s'il en surviendra de très violentes. De plus, une plaque érysipéloïde peut transmettre un érysipèle grave. Le streptocoque des abcès post-érysipélateux sera tantôt très virulent, tantôt très atténué. Il est impossible d'assurer qu'un érysipèle bénin ne communiquera pas par contagion un érysipèle grave ; le voisinage d'un érysipélateux est dangereux pour un malade atteint d'une affection susceptible de suppuration.

L'association du streptocoque et du bacille d'Eberth est particulièrement nocive.

Enfin, à la maladie si variable devait fatalement correspondre un microbe de virulence et d'allures variables. Ne fût-on pas parvenu à inoculer l'érysipèle, non seulement aux animaux mais aussi à l'homme, qu'on aurait de fortes présomptions pour considérer comme pathogène de l'érysipèle le streptococcus erysipelatis.

M. WIDAL : La bénignité d'un érysipèle n'est pas toujours sous la dépendance de la virulence du microorganisme. Le terrain joue aussi un certain rôle ; M. Widal rappelle à ce sujet l'observation que M. Hirtz et lui ont rapportée, il y a trois ans. M. Juhel-Renoy avait signalé l'influence de la perméabilité rénale dans la modification apportée au terrain sur lequel évolue un érysipèle.

La contagion de l'érysipèle n'est plus douteuse pour personne. L'affection peut même naître de toutes pièces par exaltation de la virulence de streptocoques de la bouche normale. Les recherches que M. Widal a entreprises avec M. Bezançon leur ont montré l'existence constante du streptocoque dans la bouche. Ces microorganismes ne sont pas

ordinairement virulents. M. Widal rappelle la récente communication qu'il a faite au sujet d'une endocardite végétante développée chez un lapin auquel il avait injecté une culture de streptocoque primitivement peu virulent, mais dont il avait exalté la virulence en l'associant au bactérium coli. Les associations microbiennes peuvent donc exalter cette virulence du microorganisme. Dans la grippe, par exemple, dans la fièvre typhoïde, la virulence du streptocoque peut devenir intense, d'où les complications que l'on sait.

M. Siredey a observé un fait qui vient à l'appui de ce que disait Hardy, à savoir que les érysipèles survenant dans la convalescence des maladies étaient bénins. Un homme atteint de variole et arrivé à la période de suppuration, fait un érysipèle. Or, c'était un artério-scléreux et ses urines contenaient 1 gr. 50 d'albumine. L'érysipèle n'en a pas moins été bénin.

Voici un autre fait : une femme au cours d'une rougeole est atteinte d'érysipèle; ses urines contenaient une grande quantité d'albumine ; elle a parfaitement guéri.

M. Gaillard a observé un érysipèle survenu chez un malade atteint d'hépatite chronique avec gros foie et grosse rate. L'érysipèle non seulement ne fut pas grave dans ce cas, mais il améliora même l'état général du malade. En effet, le foie diminua un peu de volume, l'urine augmenta en quantité, l'appétit revint. Ce fut donc non pas un érysipèle curateur, mais un érysipèle favorable.

Morphinomanie guérie en vingt-cinq jours par suppression progressive de la morphine

M. Comby relate l'observation d'une femme de 22 ans qui, à la suite d'injections de morphine qui lui avaient été faites il y a trois ans pour les douleurs d'une pelvi-péritonite, était devenue morphinomane. Elle était arrivée à se faire par jour 20 injections (près de 50 centig.). A son entrée à l'hôpital Tenon, le 5 avril dernier, cette malade était dans une faiblesse extrême. Elle présentait, en outre, de nombreuses cicatrices d'abcès et des abcès en évolution.

M. Comby réduisit dès le premier jour la dose de morphine à 6 centigrammes en trois injections régulièrement espacées. En outre, il prescrivit une potion contenant 10 centigrammes de sulfate de spartéine, 50 centigrammes de caféine et 50 centigrammes de benzoate de soude. Cette potion fut continuée pendant 25 jours jusqu'à la suppression de la morphine.

On réduisit progressivement celle-ci et elle fut complètement supprimée le 1er mai. Actuellement, l'état général de la malade est tout à fait satisfaisant ; elle semble être complètement guérie de sa morphinomanie.

BIBLIOTHÈQUE

Traité des maladies épidémiques
par A. Kelsch. — Paris, 1894, tome Ier

M. Kelsch, résumant les principes de son enseignement et les résultats auxquels sont arrivés un grand nombre de médecins militaires, a tâché de montrer que la bactériologie n'est pas toute l'étiologie, et que connaître le microbe d'une maladie n'est pas en connaître suffisamment la cause. L'étude des causes secondes des maladies, dit M. Kelsch, c'est-à-dire de l'ensemble des circonstances cosmiques, telluriques et hygiéniques, qui sont nécessaires aux microbes pour vivre et exercer leurs fonctions pathogènes, a toujours une grande importance. Ces causes secondes ont une importance capitale, car, sans elles, les autres seraient réduites à l'impuissance et la notion des mi-

crobes ne doit pas détourner de la recherche des circonstances qui favorisent leur évolution ou qui désarment l'organisme devant eux. L'ouvrage débute par une partie générale, où l'auteur étudie la distribution des microbes dans les milieux extérieurs et dans l'organisme, étudie le mécanisme de la guérison et de l'immunité, l'état bactéricide des humeurs et la phagocytose.

M. Kelsch distingue les maladies virulentes proprement dites et les maladies infectocontagieuses. Les premières sont la syphilis, la variole, la rage, etc., les secondes, la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle, la dysenterie qui, nées par l'infection, se propagent par la contagion.

Vient ensuite l'étude des phlegmasies catarrhales saisonnières, sur lesquelles l'auteur émet nombre d'aperçus originaux.

En exposant l'histoire de la pneumonie, M. Kelsch montre que par la régularité de son évolution annuelle, par ses recrudescences hiverno-vernales si constantes, par la relation continue que l'observation relève chaque jour entre sa brusque éclosion et le refroidissement préalable du corps, la pneumonie témoigne hautement de son étroite subordination aux météores. M. Kelsch range le rhumatisme articulaire aigu parmi les maladies parasitaires, et trace ensuite l'histoire de la fièvre typhoïde et du typhus. Les idées de M. Kelsch sur la dothiénenthérie ont, du reste, été tout récemment exposées dans ce journal et il est inutile de les rappeler.

L'ouvrage de M. Kelsch fait grand honneur à la médecine militaire, et on ne peut que souhaiter que le second volume paraisse bientôt.

COURRIER

— Le professeur Czerny, de Heidelberg, est appelé à succéder à Billroth dans la chaire de clinique chirurgicale de Vienne.

Concours de l'adjuvat d'anatomie. — Les juges sont : MM. Farabeuf, Tillaux, Duplay, Poirier, Sebileau. Suppléants : MM. Quénu, Tuffier.

Distinctions honorifiques. — M. le médecin aide-major Cardot est nommé chevalier du Dragon de l'Annam.

— Sur l'initiative d'un député prussien, le ministre de l'instruction publique du royaume de Prusse vient d'inviter plusieurs professeurs d'hygiène à faire, dans la salle même de la Chambre des députés, devant les membres de la Chambre des Seigneurs et de la Chambre des députés, des conférences sur des questions importantes touchant à l'hygiène publique.

La première conférence a eu lieu en présence d'une nombreuse assistance, à laquelle s'étaient joints plusieurs ministres, un grand nombre de conseillers des divers ministères et des représentants de l'armée. C'est M. le professeur Finkler (de Bonn) qui était chargé de cette première conférence : il a parlé sur le rôle de l'hygiène au point de vue de l'économie sociale. La deuxième conférence a été faite par M. le professeur Frankel (de Marbourg), qui a choisi pour sujet : La bactériologie et les services qu'elle rend au point de vue pratique. Enfin, M. le professeur Rubner (de Berlin) exposera sur les principes à suivre pour la construction et l'installation d'hôpitaux. Cette dernière conférence sera suivie d'une visite à l'hôpital Urban et à la Charité. (*Semaine médicale*).

Legs Cavalier. — Le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de mille francs que lui a fait le sieur Cavalier.

— Tout dernièrement a eu lieu, en présence des autorités françaises et italiennes, la

visite des travaux de la station sanitaire internationale construite près de la gare du chemin de fer de Vintimille.

Selon l'accord intervenu entre les deux nations, la station servira, en cas d'épidémie, à recueillir les malades arrivant de tout pays à la gare de Vintimille, ainsi qu'à la désinfection des objets sales ou suspects.

Hopital Saint-Louis. — Le docteur Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra son cours de clinique dermatologique le lundi 21 mai, à 4 heures (salle des Conférences), et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Présentation de malades.

— Le deuxième dîner statutaire pour l'année 1894 de l'Association de la Presse médicale française a eu lieu le 11 mai, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. de Ranse, syndic. Dix-sept membres assistaient à cette séance.

Le secrétaire général a fait part de ce qui s'est passé depuis la dernière réunion et des démarches qu'a nécessitées l'envoie en Russie de la brochure imprimée pour perpétuer le souvenir du banquet offert sous l'initiative de l'Association par le corps médical français aux médecins de l'escadre russe. Il a donné ensuite communication de la lettre de remercîment du czar, reçue par l'intermédiaire de l'ambassade de Russie.

Sur la proposition de M. Rollet, l'Assemblée a décidé de souscrire la somme de 50 francs pour le monument Diday, à Lyon. M. Gouguenheim a fait son rapport sur la candidature de M. le docteur M. Natier, rédacteur en chef de la *Rev. intern. de laryngologie et d'otologie*, et, à l'unanimité, M. Natier a été admis comme membre de l'Association. Des rapporteurs ont été nommés à l'occasion de diverses candidatures. Puis Cézilly, syndic sortant, a été réélu à l'unanimité et félicité pour le dévouement qu'il apporte à la bonne gestion des fonds de l'Association.

Puis il a été voté que les secrétaires généraux de sociétés savantes ne pouvaient, dans aucun cas, être assimilés à des directeurs de journaux.

Au cours de cette réunion, MM. Laborde et M. Baudoin ont raconté de quelle cordiale façon les représentants de l'Association avaient été accueillis à Rome, à l'occasion du dernier congrès, par les journalistes médicaux italiens et signale l'organisation d'un Comité provisoire international chargé d'étudier les voies et moyens d'assurer le service de la presse dans les prochains congrès internationaux.

Une sous-commission, composée des membres français de ce comité international, MM. Laborde et Baudoin et MM. Janicot, Meyer et Bilhaut, a reçu la mission d'élaborer un projet qui sera présenté et discuté au prochain dîner.

Les députés socialistes ont déposé à la Chambre la proposition suivante :

« Les pensionnaires des deux sexes, des établissements hospitaliers entretenus par l'Etat, les départements ou les communes, recevront du tabac à fumer ou à priser, à prix réduit, dans les mêmes conditions que les militaires en activité de service. »

Nécrologie. — MM. les docteurs Battle (de Montpellier); Bryon, médecin-major de première classe en retraite et Cassagnes (de Gorses).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

De l'incision vaginale simple dans les suppurations pelviennes

par L.-G. Richelot (1)

Il n'y a pas lieu, dans le traitement des suppurations pelviennes, d'opposer l'hystérectomie vaginale à l'incision simple des culs de sacs, préconisée à Lyon par Laroyenne et ses élèves. Ce sont deux méthodes de valeur très inégale, mais chacune a la sienne, et j'aurais mauvaise grâce à sacrifier l'une ou l'autre.

L'incision simple peut nous rendre de grands services ; je l'ai faite et je la ferai encore. Je l'ai faite le 17 avril 1892, chez une dame qui avait un pyosalpinx à gauche, très élevé au-dessus du cul-de-sac vaginal. Effrayée, rebelle et à peine consentante, il fallut lui promettre un minimum d'intervention, ne pas la sortir de chez elle, ne lui montrer aucune garde, aucun préparatif. Le traitement consécutif de l'abcès fut assez difficile à cause de l'étroitesse du vagin et de la position vicieuse de l'utérus ; néanmoins la cicatrisation était faite le 8 juin, et la guérison ne s'est pas démentie.

Même opération le 19 mai 1892, chez une malade de mon service qui, un mois après l'accouchement, avait un pyosalpinx et des douleurs violentes. Je sais par expérience qu'un mois après l'accouchement les tissus sont friables, que dans une laparotomie la corne s'arrache et l'utérus se déchire, que dans une hystérectomie vaginale on a de mauvaises prises. Telles sont les raisons qui me décidèrent à inciser le cul-de-sac postérieur et à chercher l'abcès très haut derrière la couche vasculaire du ligament large ; la guérison fut prompte.

Dans le cas suivant (18 mai 1892), je fus guidé par des motifs tout autres :

(1) Extrait d'un livre qui va paraître : *L'hystérectomie vaginale contre le cancer et les affections non cancéreuses*. Paris, O. Doin, éditeur.

FEUILLETON

—

Les microbes de l'acier

L'hygiène va peut-être faire un pas décisif. Il n'est pas impossible qu'avant peu elle occupe une place prépondérante dans les préoccupations des hommes qui semblaient le moins faits pour lui prêter une oreille bienveillante — je veux dire les millitaires. Chacun a sa fonction dans l'humanité comme dans la nature entière et on ne fait bien qu'un seul métier, celui qu'on sait. Les guerriers avaient donc parfaitement raison, jusqu'à présent, de se soucier de la prophylaxie des maladies comme de l'an 40 avant J.-C. Leur rôle, hélas, n'est point d'empêcher de mourir. On ne saurait s'étonner, ni leur en vouloir, de l'indifférence qui leur est naturelle vis-à-vis de l'hygiène. Il serait plus juste même de leur savoir gré de ce que, en gens courtois et bien élevés, ils ne manifestent, à l'égard de ses prétentions, que ce sentiment d'ennui atténué par la politesse qu'on est excusable d'éprouver pour un quémandeur importun et obstiné dont les intérêts vous demeurent étrangers ou incompris. Cette situation créée par la force même des choses les médecins se bornaient à la déplorer, ne pouvant rien contre elle.

il y avait une grosse masse rétro-utérine, que je pensais renfermer du pus et qui se trouva être un hématome. Le sang noir sortit à flots, non du péritoine, mais d'une grande poche tubaire qui remplissait le petit bassin et adhérait partout. Celle ci largement ouverte et assez bien vidée, je ne voulus pas enlever l'utérus, d'ailleurs immobile et très haut situé, pour faire communiquer avec le péritoine un foyer sanguin dont je ne pouvais tenter l'énucléation. Le traitement fut assez long, et j'en fus quitte pour une hémorrhagie tardive sans gravité, survenue le second mois.

Je traitai de la même façon, le 16 juin 1892, une malade qui était dans un état des plus graves, avec fièvre, ballonnement, constipation absolue, énorme saillie du cul-de-sac de Douglas. C'étaient deux vastes collections tubaires adossées l'une à l'autre et qui furent vidées par une incision derrière le col; l'utérus collé au pubis revint en arrière. Si je l'avais enlevé en déchirant la paroi antérieure de ce large foyer, l'intestin serait tombé à sa place comme dans une assiette remplie de pus. Il me parut inutile de courir ce danger, car la disposition des poches était simple, et je ne voyais ni trajets sinueux ni masses épaisses d'adhérences pouvant s'opposer, en fin de compte, à leur oblitération. En effet, le retrait fut d'abord assez rapide et la malade bientôt sur pieds; mais elle conserva une petite cavité suppurante qu'il fallut traiter pendant cinq mois.

L'année 1893 me fournit quelques nouveaux cas. Le 11 février, il s'agissait d'une hématocèle rétro-utérine; cette fois, je l'avais reconnue. C'est l'extension de la poche du côté du vagin et l'énorme saillie du cul-de-sac postérieur qui me décidèrent à suivre cette voie. La guérison marcha régulièrement.

Le 25 juillet, mêmes raisons que tout à l'heure pour me borner à l'incision chez une femme accouchée depuis six semaines. Elle avait 40°, une masse douloureuse profonde au-dessus de l'arcade de Fallope, une saillie dure dans le cul-de-sac latéral droit, la cuisse fléchie sur le bassin. Impossible de dire si le pus était dans les annexes ou dans le tissu cellulaire. J'eus de la peine à atteindre par l'incision vaginale et à faire sortir un

---

Mais il n'est pas téméraire d'espérer qu'elle va se modifier du tout au tout dans un avenir prochain.

Il n'est personne qui n'ait remarqué cette tendance de toutes les administrations à attacher un prix beaucoup plus grand aux objets inanimés qu'aux êtres vivants. En d'autres termes, le matériel est partout l'objet d'une sollicitude plus tendre que le personnel. Les particuliers imitent bien souvent, sous ce rapport, les administrations. On s'inquiète certainement davantage, après une ondée inopinée dont on a été trempé jusqu'aux os, du dégât qu'en ont souffert des habits tout neufs que de la pneumonie ou des rhumatismes qui pourront s'en suivre. J'ai toujours présent à la mémoire un amusant souvenir de ma petite enfance qui est bien caractéristique de l'état d'esprit auquel je fais allusion. Un jour, je passai à travers le plancher vermoulu d'une très vieille serre construite à l'extrémité de notre jardin, au-dessus d'un caveau assez profond. Le bruit de la catastrophe et mes cris réveillèrent la bonne femme préposée à ma garde et qui s'était assoupie sur son tricot. Elle accourut tout effarée et, penchant la tête au-dessus de l'ouverture béante: « N'avez-vous pas déchiré vos vêtements, au moins ? » Ce fut son premier cri et elle ne procéda à mon sauvetage qu'après avoir été rassurée sur ce point important.

pus grumeleux, sanieux, peu abondant. La fièvre diminua, mais l'état général ne se releva pas tout de suite, et la guérison n'eut lieu qu'après une contre-ouverture faite le mois suivant au-dessus de l'arcade.

Le 4 novembre, saillie fluctuante sur le côté droit de l'utérus ; le côté gauche paraissait à peu près sain, et la malade avait dix-huit ans. Je préférai l'incision vaginale, pour faire le moins possible ; elle guérit très bien.

Le 13 décembre, j'avais affaire à un cas très exceptionnel. Fille de vingt-trois ans, infectée par la blennorrhagie, souffrant à l'excès d'une collection purulente à gauche de l'utérus, et très sérieusement menacée par une péricardite aiguë. L'enchaînement des accidents me fit penser que la péricardite avait pour cause l'infection blennorrhagique, au même titre que la métrite initiale et le pyosalpinx rapidement développé. La malade était blême, oppressée ; la complication cardiaque fut traitée activement ; mais, lorsque le pouls fut à moitié régularisé et la température diminuée, j'avais encore si peu de confiance que je remettais de jour en jour une intervention réclamée avec instance. Il fallut cependant me décider, devant l'extrême douleur de la distension du foyer pelvien. J'avais surtout peur du chloroforme. et commençai l'anesthésie avec le bromure d'éthyle, selon la méthode que m'a enseignée le docteur Poitou-Duplessy, et que j'emploie volontiers dans les cas dangereux. Il n'y eut pas trace d'excitation, et tout marcha bien ; j'allai derrière l'utérine ouvrir la poche purulente avec la pointe des ciseaux mousses. Le soulagement fut immédiat, la température tomba à 37°, et la malade nous quitta avec des frottements péricardiques, mais guérie de son pyosalpinx.

On voit que, dans tous ces faits, j'ai obéi à des raisons très diverses, mais nettement définies ; j'ai fait ce qui m'a paru opportun, et mes malades ont guéri. Mais je ne pourrais consentir à comparer, d'une façon générale, les résultats de l'incision vaginale à ceux de l'hystérectomie. Comme je l'ai dit, quand on a supprimé l'utérus, le travail cicatriciel envahit tout à la fois et la guérison est acquise dès que l'opération est faite ; on n'a plus, en quelque sorte, à s'occuper de rien. Au contraire, l'incision vaginale de-

---

Cet instinct étrange, risible, est réel et plus répandu qu'on ne le croit. C'est le vestige d'un atavisme cent fois séculaire. Il date de ces âges lointains où la vie humaine ne comptait rien, où la jeune fécondité de l'espèce était assez exubérante pour qu'on n'eût point souci des vides que fait la mort. Et, bien que les conditions soient absolument différentes aujourd'hui, cette insouciance existe encore. Mais voici que le grouillement des infiniment petits révèle l'intensité de son action destructive par des faits qui ne manqueront pas de susciter une vive émotion. Il ne s'agit plus de pestilences ni d'infections; ce n'est plus le typhus, ce n'est plus le choléra qui sont en cause. Il n'est pas question de maladies. Rien de nouveau ni de plus grave ne menace les hommes. C'est au matériel, c'est au fer, c'est à l'acier que s'attaquent maintenant les microbes; ce sont les instruments même du combat, non plus seulement les combattants, qu'il va falloir défendre contre eux. Voyez-vous quelle importance l'hygiène est en train d'acquérir ! On la niait, on la plaisantait, on la dédaignait quand il s'agissait des pauvres guenilles que nous sommes; on la flattera, on la cajolera, on l'implorera à genoux quand elle aura pour but la préservation d'objets dont la valeur est représentée par des chiffres concrets.

Lorsque frère Jean des Entomeures apprend que les barbares ont pénétré dans le

mande toujours un traitement et des soins particuliers. On voit, en lisant les travaux qui la recommandent, la peine que doit se donner le chirurgien pour bien faire, la prudence qu'il faut avoir pour éviter les poussées de pelvi-péritoine et les accidents de rétention. On y voit aussi l'imperfection de certains résultats, les rechûtes, les ponctions blanches. Aussi bien, il suffit d'avoir vu et touché ces lésions pelviennes pour savoir que leur complexité les met souvent hors de la portée du trocart de Laroyenne. Parfois même il y aurait un vrai péril : chez une de mes opérées (nº 27), la fluctuation du cul-de-sac postérieur était bien engageante ; or, le trocart, poussé vers cette énorme poche qui dépassait l'ombilic, n'eût rencontré qu'une agglomération de petits kistes séreux, et plus haut l'intestin.

J'ai cité le cas, à la Société de chirurgie, d'une femme de trente-sept ans qui avait subi la laparotomie pour une suppuration pelvienne grave (nº 75). Après avoir incisé l'abdomen, je tombe sur un tel magma d'adhérences intestinales, que je juge impossible d'aller plus loin, et je referme le ventre. Puis, séance tenante, j'évacue par une incision vaginale la collection très élevée qui faisait peu de saillie dans le cul-de-sac postérieur. Drainage, soins attentifs pendant quelques semaines ; la malade, qui souffrait depuis dix ans, nous quitte bien portante. Mais, après quelques mois de bonne santé, elle revient dans mon service avec les mêmes douleurs, le même empâtement des organes du petit bassin et une nouvelle collection purulente. Je ne me soucie nullement d'aborder pour la seconde fois les adhérences pelviennes ; l'incision vaginale, d'autre part, a montré son insuffisance. Reste à faire l'hystérectomie, qui la délivre d'une suppuration abondante et la guérit définitivement.

Tout récemment, j'ai opéré une femme de quarante-trois ans, infectée depuis longtemps, affaiblie, ayant de la fièvre, un cul-de-sac très saillant, un gros plastron abdominal. J'eus peur de l'état cachectique et de la virulence du pus ; je me contentai de l'incision vaginale, quitte à intervenir plus radicalement quand j'aurais combattu l'infection et relevé les forces. A l'heure où j'écris, la malade est soulagée, mais le plastron n'a pas diminué,

---

couvent et qu'ils en profanent l'église, il se contente de prier pour eux. Quand on lui annonce que, consommant leur sacrilège, ils portent leurs mains criminelles sur les vases sacrés et ne craignent point de souiller l'hostie, sa prière devient plus fervente, il adjure ses frères de joindre leurs oraisons aux siennes pour fléchir la colère de Dieu. Quand on lui dit enfin, qu'ayant quitté le sanctuaire, les scélérats ont couru au verger et dévastent les vignes, ah ! il n'y a plus de prières qui vaillent ; les bons moines, au vibrant appel de frère Jean, courent sus aux misérables, et lui-même s'armant du bâton de la croix en fait un épouvantable massacre. Or, voilà justement ce qui va arriver aux microbes pour avoir osé s'attaquer aux tôles de nos torpilleurs ; car tel est le premier méfait dont ils se sont rendus coupables. Cela paraît extraordinaire, incroyable, et cependant rien n'est plus vrai ; les microbes mangent le fer. Il y a quelques années, un canon de fonte ayant disparu dans l'arsenal de Dakar, l'administrateur, aux abois, prétendit que des rongeurs l'avaient dévoré. Si difficile que cela parût à admettre, comme on ne pouvait pas fournir la preuve péremptoire du contraire, on se contenta de l'avertir que le ministre sévirait avec la dernière rigueur contre lui, si... le fait se reproduisait. On ne pourra pas faire la même réponse aux capitaines des torpilleurs dont les microbes mangeront les coques, car il faudrait sévir sans cesse. Mais il est grand temps que je m'explique clairement.

et je trouve au palper abdominal une seconde collection très élevée, que je n'ai pas soupçonnée d'abord, que j'aurais pu chercher, mais à l'aveugle et en risquant de blesser l'instestin.

Enfin, j'ai perdu une malade en quarante-huit heures avec la simple incision (13 décembre 1893), deux mois après l'accouchement. L'opération avait été fort simple, mais l'autopsie montra qu'au foyer ouvert par le bistouri dans le cul-de-sac de Douglas, s'ajoutait une suppuration pelvienne diffuse. sans autre foyer ni dans les annexes ni ailleurs, puis un épaississement comme fibreux des ligaments larges, puis une dégénérescence graisseuse aiguë des principaux viscères. On peut dire que tout autre mode d'intervention n'eût pas mieux réussi.

En résumé, l'incision vaginale simple ne suffit pas à tout et ne doit pas être vantée à l'excès. Mais elle reste une bonne méthode et peut nous être utile, à titre provisoire ou définitif, quand nous sommes invités à la mettre en usage par la saillie fluctuante des culs-de sacs, ou retenus d'agir plus radicalement par certaines considérations : l'âge des malades, le doute sur la lésion bilatérale, la faiblesse extrême, le désir d'aller au plus pressé, l'acuité des symptômes et la virulence probable du pus, l'étendue et la disposition dangereuse de la nappe purulente, enfin, et j'insiste beaucoup sur ce dernier point, la date peu éloignée de l'accouchement et la friabilité de l'utérus.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Après le bromure d'éthyle, l'éther et, comme nous l'avons dit dans notre dernier compte rendu, nous serions bien étonné si le chloroforme ne venait pas prendre part à la discussion. Aussi bien ces questions sur l'anesthésie ne sont-elles pas faites pour lasser l'attention de la société ; elles se discutent partout à l'heure qu'il est et principalement en Angleterre et en Allemagne où nous voyons réapparaître tous les arguments tour à tour

On s'était aperçu depuis longtemps que les tôles de ces petits navires présentaient, dans la partie immergée de leur carène, des piqûres nombreuses, sortes d'*ulcus rodens* qui affaiblissaient la résistance des parois et allaient jusqu'à la perforer. C'est là un fait d'une grande gravité susceptible de compromettre la défense de nos côtes ou l'action de nos escadres.

En vain on en chercha la cause. De guerre lasse, il fallut se contenter d'un de ses semblants d'explication qui, à défaut d'autres avantages, ont celui d'être un repos pour l'esprit et une excuse au *far niente*. La théorie formulée à cette égard ne coûta, certes, aucune peine à édifier : fer, métal, contact de l'eau de mer, actions chimiques, courants électriques développés, etc... et voilà pourquoi, scrongnieugnieu, les torpilleurs passent à l'état d'écumoire. Le diagnostic pathogénique une fois bien établi, la thérapeutique rationnelle en découlait tout naturellement. On zingua les tôles des torpilleurs. Mais, voilà bien une autre affaire ! Le remède augmenta le mal.

Nous sommes encore assez souvent témoins, dans notre sphère, d'accidents de ce genre pour être indulgents à l'égard de ceux auxquels ils arrivent et nous ne leur jetterons point la première pierre. Cependant, erreur n'est pas compte. On s'était trompé. Il fallait chercher dans une voie. On a cherché et on a trouvé. C'est un phar-

invoqués autrefois quand Lyon soutenait l'éther contre le chloroforme cher à Paris.

Tout d'abord M. Villeneuve (de Marseille) témoigne, dans une lettre que lit le secrétaire général, toute son aversion pour le bromure d'éthyle qui donne des vomissements terribles et fréquents, occasionne une douleur fixe à l'épigastre, détermine de la congestion veineuse et sent l'ail, ce qui, après tout, ne devrait pas être fait pour déplaire en la ville Phocéenne. Ceci fait, M. Le Dentu porte à la tribune le résultat de ses éthérisations. Disons d'abord qu'il y a deux ans, il a expérimenté cet agent et y est revenu il y a environ 4 mois. Il s'en trouve très bien et le place au-dessus du chloroforme. La mortalité par cet anesthésique est moindre. On disait autrefois que l'éther donnait un décès sur cent quand le chloroforme arrivait à quatre. Gurt, au dernier congrès des chirurgiens allemands, a été plus loin et n'a pas craint d'attribuer au chloroforme 14 morts pour une par l'éther; ce qui tient à ce qu'il a obtenu pour le chloroforme une léthalité considérable de 1 p. 1950, ce qui est loin de correspondre aux statistiques françaises.

M. Le Dentu a abandonné l'injection préalable d'atropomorphine qui ne lui a pas donné des résultats plus satisfaisants que l'éther pur. Au début, il était mal outillé et était obligé de consommer 100, 200 et même 300 grammes. Il se sert maintenant du masque de Julliard et obtient une anesthésie très calme sans augmentation de la période d'excitation, cela, si on a soin de sidérer son malade au début. Outre la sécurité plus grande de cet agent, les vomissements sont moindres et les malades paraissent moins déprimés après le sommeil. Il est bien entendu qu'il faut se servir d'un éther rectifié, soit au moyen du sodium, soit avec le chlorure de calcium. Cette opinion n'est pas celle de M. Quénu qui, pendant 4 mois, a donné l'éther dans son service. Il a eu de nombreux vomissements ; et rien pour lui n'est aussi désagréable que le bruit fait par les mouvements respiratoires et les ronchus qui accompagnent cette forme d'anesthésie.

C'est d'une *forme particulière de maladie de l'estomac* prise ordinaire-

---

macien principal de la marine qui a eu cet honneur. Il lui vint d'abord une idée simple comme l'œuf de Christophe Colomb. Ayant observé que les tôles demeurent intactes en pleine mer, et même en certaines parties des rades ; qu'elles s'altèrent de préférence dans des recoins à eau plus stagnantes surtout quand des égouts déversent leurs immondices dans le voisinage, il a innocenté l'eau de mer en tant que solution saline et a incriminé d'emblée les matières organiques dont elle est souillée près des quais; ces matières organiques devaient être vivantes, en un mot ce devait être là un tour de la façon des microbes. Et il l'a prouvé par des expériences concluantes. C'est un homme qui taquine le bacille à ses heures, comme d'autres le goujon ; cette fois, sa pêche a été fructueuse. Les conséquences de ses travaux à ce sujet intéressent très vivement le département de la marine. Mais ils ont, à nos yeux, un intérêt plus grand encore au point de vue scientifique pur. C'est un chapitre ajouté aux sciences biologiques, un chapitre d'une haute portée philosophique. Que les substances organisées soient attaquées, détruites par les fermentations qui sont l'œuvre des infiniment petits, c'est une vérité récemment démontrée, il est vrai, mais pressentie depuis longtemps. Le physiologiste qui, au milieu du XVIIIe siècle, bien avant Lavoisier, osait assimiler la production de la chaleur animale à des putréfactions analogues à celles des fumiers, peut être, à

ment pour du cancer que M. le professeur Terrier vient entretenir la Société de chirurgie. Voilà le fait, point de départ de sa communication : Une femme entre dans son service avec tous les signes d'un néoplasme de cet organe, jusques et y compris une tumeur dans la région épigastrique. Il pratique la laparotomie exploratrice et trouve des adhérences reliant cet organe à la paroi abdominale, à l'épiploon et au lobe gauche du foie. Il détache ces adhérences et en sectionne une tranche dont l'examen est confié à M. Cornil. L'état de l'opérée s'améliore; aujourd'hui au bout d'un an, elle est complètement guérie et le microscope a dévoilé des lésions purement inflammatoires.

M. Terrier a rapproché cette observation d'une autre à peu près semblable dans laquelle la laparotomie avait aussi fait cesser tous les symptômes morbides et même fait disparaître la tuméfaction.

Dans la littérature étrangère, il existe plusieurs faits absolument semblables. Landerer, en 1893, a rapporté 3 cas analogues. Lange, en 1892, a aussi guéri une malade dans les mêmes conditions et Tricomi vient d'adresser à M. Terrier une observation absolument identique, mais où il existait de plus un ulcère de l'estomac, responsable probablement de la formation des adhérences. Il faut donc, conclut l'orateur, ne pas hésiter à pratiquer la laparotomie quand le diagnostic est hésitant et, si on tombe sur des cas semblables à celui qu'il vient de retracer, il faudra ou enlever la tuméfaction ou réséquer l'ulcère s'il existe, ou enfin seulement libérer les adhérences suivant la physionomie des lésions. La chirurgie de l'estomac s'étendrait donc à d'autres affections que le cancer.

M. Michaux, chez deux malades, a trouvé des lésions qu'il rapproche de celles rencontrées par M. Terrier; mais portant sur la face convexe du foie et M. Peyrot pense qu'il faut y regarder à deux fois avant de pratiquer une intervention pour une affection de l'estomac, car bien des gastrites simulent le cancer et n'y arrivent pas. Cette expectation ne sourit pas à M. Terrier qui estime que de cette façon les cancéreux arrivent trouver

bon droit, considéré comme un précurseur de génie. Les découvertes de ces trente dernières années étaient en quelques sortes préparées. Mais je ne crois pas qu'on ait encore prévu la destruction des métaux par les organismes microscopiques.

Ces causeries ne sauraient comporter de détails techniques et leur bonhomie ne s'accommoderait pas d'une exposition théorique précise. Je me garderai donc de le faire. Il me suffira d'indiquer à larges traits quelques résultats réellement frappants. Un fragment de tôle plongé dans de l'eau de mer recueillie au large, à une grande distance des côtes, reste inaltéré pendant un temps indéterminé. Il suffit que l'échantillon ait été puisé à huit ou dix milles marins du rivage. Des fragments mis en contact avec de l'eau prise, au contraire, près des côtes, sont attaqués avec une promptitude proportionnelle à la distance de terre où elle a été recueillie. Quand l'échantillon d'eau en expérience a été pris au voisinage des égouts, l'attaque du métal est très rapide; elle peut être déjà sensible au bout de quelques minutes. Si un échantillon très souillé est préalablement stérilisé par la chaleur, l'attaque du métal ne se produit qu'au bout d'un temps très long et, au lieu d'aller en s'accentuant, elle s'arrête bientôt ; sans doute, lorsque les toxines préexistant dans le liquide ont achevé la série des réactions qui dépendent d'elles. Les microbes et leurs spores ayant été détruits, il ne se produit pas

le chirurgien toujours trop tard, à un moment où le néoplasme défie toute intervention.

Signalons encore un rapport de M. Bazy sur trois observations de M. Dardignac (de Beauvais) ayant trait l'une à un abcès tuberculeux lingual attribué par ce médecin à une colonisation à distance, quand le rapporteur pense que les crachats tuberculeux ont dû plutôt déterminer l'inoculation et les deux autres se rapportant à des abcès typhoïdiques ; mais l'examen bactériologique n'a pas été fait. M. Lejars lit un travail sur un cas de *fistule recto-uréthrale* remis à une commission et la séance se termine par la présentation d'un malade auquel M. Walther a fait une arthrotomie pour *luxation en arrière irréductible du coude* : c'est un morceau de cartilage détaché de l'apophyse coronoïde qui s'opposait à la réduction.

M. Quénu présente une pièce de *luxation de l'astragale* qui lui a permis de décéler les causes de l'irréductibilité. C'est ce ligament annulaire antérieur du Tarse sur lequel dans une flexion forcée la tête de l'astragale vient se caler, qui empêche cet os de reprendre sa situation normale, d'où l'indication pour obtenir la réduction de placer le pied, non pas dans l'extension, comme le voulait Malgaigne, mais dans la flexion et si cela ne suffit pas de débrider ce ligament annulaire.

Eugène Rochard.

BIBLIOTHÈQUE

Traité des maladies des yeux, par Ph. Panas, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 2 vol. cartonné, grand in-8°. G. Masson, éditeur, 1894.

Nous sommes à une époque où chaque jour apporte, dans le domaine des sciences médicales, des découvertes nouvelles qui modifient sans cesse les idées, les théories, les méthodes thérapeutiques. L'ophtalmologie, autant et plus même que toutes les autres branches de la médecine, a profité de cette féconde poussée en avant, et tel ouvrage

---

de nouvelles toxines, et les dégâts ne progressent pas. Cela n'est-il pas merveilleusement démonstratif ? Et pourtant, il semble qu'on n'ait voulu voir dans ces faits, jusqu'à présent, qu'une plaisanterie un peu forte, dépassant les limites des mystifications permises. Déjà, quelques journaux politiques ont exécuté des variations plus ou moins spirituelles à ce sujet. Quelque vulgarisateur à l'usage des gens du monde s'est livré à l'exercice des facéties prévues et faciles en pareil cas. Sans être l'ennemi d'une douce gaîté, je pense qu'il faut savoir la borner aux sujets dont l'importance n'a point cette envergure ; car, sans parler ici des liens étroits qui font cette question connexe avec les intérêts militaires les plus graves, elle est aussi, en se plaçant au point de vue de la science pure, particulièrement digne d'attirer et de retenir l'attention. Ce sont des recherches qui valent qu'on les poursuive. Le côté par lequel elles touchent à la biologie, en prolongeant en quelque sorte le domaine de celle-ci, en établissant une transition de plus entre les sciences de la vie et les sciences de la matière brute, méritait à ces études d'être signalées dans ce journal et cela me justifie d'avoir retenu pendant quelques minutes l'attention sur des choses si peu médicales en apparence.

qui, il y a dix ans, répondait à toutes les exigences et pouvait être considéré comme un résumé complet de l'état de la science, se trouve aujourd'hui vieilli et en retard. Le besoin se faisait sentir d'un ouvrage qui, en vulgarisant les faits nombreux dont la science ophtalmologique s'est enrichie dans ces dernières années, donnât en même temps un exposé complet et pratique des nouvelles méthodes de traitement : le traité que M. le professeur Panas vient de publier, répond à cette double nécessité. Nul plus que ce professeur de l'Hôtel-Dieu n'était placé pour exécuter, *à lui seul*, une œuvre aussi délicate et aussi complexe. Mûri par une longue pratique des malades et du laboratoire, joignant aux qualités d'ophtalmologiste et de chirurgien de premier ordre une science profonde de l'anatomie générale et une vaste érudition, il a su démêler, par une critique sagace, au milieu des faits nombreux et parfois disparates, l'idée maîtresse, le fait capital qu'il importe de retenir.

L'ouvrage est divisé en deux volumes. Le premier contient tout ce qui a trait à l'organe propre de la vision : globe oculaire et nerf optique.

Après une étude anatomique et histologique concise et très claire, dans laquelle nous signalerons l'article consacré à l'angle iridien, l'auteur expose la physiologie générale de l'œil et fait ressortir, à propos de la nutrition de cet organe, le rôle particulièrement important de la chorio-rétine. Il passe successivement en revue l'embryologie de l'œil, puis la réfraction, ses divers troubles, et les différents moyens de les reconnaître ; à ce sujet, il décrit dans tous ses détails la « skioposcopie » cette nouvelle et précieuse méthode du diagnostic des amétropies. Enfin, après un exposé complet des différents moyens d'examen de la fonction visuelle (acuité visuelle, champ visuel, sens des couleurs) et des procédés d'investigation ophtalmologique, l'auteur aborde la pathologie proprement dite de l'œil.

Les affections de la cornée, de l'iris et de la choroïde sont traitées avec de longs détails et avec un souci du côté pratique et thérapeutique qui n'exclut pas cependant l'intérêt théorique. C'est ainsi que la kératite philamentaire, la kératite ponctuée, la kératite dendritique, la lèpre cornéenne, ces nouvelles venues de la nosologie oculaire, dont on ne trouve la description dans aucun ouvrage classique, sont l'objet de véritables monographies.

Nous ne pouvons, à notre regret, suivre ici l'auteur dans les intéressantes pages qu'il consacre à cette affection ; nous nous arrêterons seulement à l'ophtalmie sympathique, cette question toujours brûlante. Après en avoir exposé les diverses théories pathogéniques, M. Panas démontre que ni la théorie infectieuse ou migratrice de Deutschmann, ni la théorie nerveuse réflexe sont suffisantes pour expliquer, à elles seules, cette maladie. Pour lui, l'ophtalmie sympathique reconnaît deux facteurs principaux : 1° La réceptivité morbide de l'œil sympathisé, par une excitation vaso-motrice réflexe venue de l'œil sympathisant ; 2° l'infection de l'œil sympathisé par des principes chimiques ou des microbes provenant de la circulation générale. » Quant au traitement, c'est encore à l'énucléation qu'il faut acorder la préférence.

Le chapitre du glaucome mérite aussi une mention spéciale. De ses nombreux examens anatomiques, l'auteur conclut que, dans le glaucome primitif, la condition primordiale est la sclérose disséminée des vaisseaux neuro-rétiniens : l'obstruction de l'angle iridien n'est que consécutive ; elle n'est même pas toujours nécessaire, témoin le glaucome chronique simple. Dans le glaucome secondaire, cette occlusion des voies de filtration antérieures est, au contraire, la condition première. A propos du traitement, il se rallie à l'iridectomie, ne réservant la sclérotomie que pour certains cas spéciaux.

Après le glaucome, nous arrivons au chapitre capital de l'œuvre : la cataracte. Il faut lire en entier ce chapitre écrit avec un sens clinique et un esprit pratique remarquable.

M. Panas a conclu que partout et toujours, dans la cataracte primitive comme dans la secondaire, dans la spontanée comme dans la traumatique, dans celle du jeune âge comme dans celle de la vieillesse, c'est à la méthode de l'extraction qu'il faut avoir recours. Le procédé, d'ailleurs, variera selon les cas : section linéaire de travers, section à lambeau de Daviel ; il repousse l'emploi systématique de l'iridectomie, réservant cette opération, qui constitue le temps le plus douloureux de l'extraction pour quelques cas bien spécifiés.

Il nous faudrait encore signaler dans ce premier volume les chapitres consacrés à la ténonite, aux iritis, à la choroïdite, aux corps étrangers, à l'hyalite infectieuse, à la rétine et au nerf optique, et, en particulier, celui de la rétine, mais nous devons nou limiter.

Dans le second volume, consacré aux annexes de l'organe de la vision, on lira avec intérêt les articles consacrés au strabisme, et surtout aux ophtalmoplégies, que le professeur Panas a tant contribué à faire connaître en France. Les affections des paupières et de la conjonctive sont largement traitées ; il en est ainsi des affections des voies lacrymales et de l'orbite. Dans tous ces chapitres, l'auteur s'est surtout attaché à bien préciser les indications de l'intervention chirurgicale.

L'ouvrage se termine par un chapitre d'anatomie et de pathologie des sinus craniofaciaux. Ce chapitre, dont l'adjonction constitue une heureuse innovation, avait sa place marquée ici. On sait, en effet, que les affections si fréquentes de ces organes ont un retentissement immédiat sur l'appareil de la vision. Aussi, lira-t-on avec intérêt les pages qui leur sont consacrées, et dans lesquelles l'auteur précise les divers modes d'intervention et donne les règles du manuel opératoire du cathétérisme des divers sinus de la face.

Tel est, dans ses grandes lignes, le Traité que M. Panas offre au public médical. Ce qu'il faut admirer surtout, c'est l'esprit pratique qui a présidé à sa conception et à sa rédaction, c'est la netteté des indications et la précision des méthodes d'intervention. Si nous ajoutons que l'auteur n'a pas voulu seulement parler à l'esprit par une exposition claire des faits, mais qu'il s'est également adressé aux yeux en enrichissant son ouvrage de plusieurs belles planches coloriées et de très nombreux dessins, dont la plupart ont été dessinés sous ses yeux, sur des pièces originales de son laboratoire, on comprendra tout l'intérêt qui s'attache à la publication de cet ouvrage, qui marquera une date dans l'histoire de l'ophtalmologie. Disons, enfin, que la partie matérielle a été l'objet de soins tout particuliers de la part de l'auteur et de son éditeur, M. Masson, et que l'ouvrage est édité avec un luxe et une richesse qui en rehaussent encore la valeur.

Pour terminer cette trop courte analyse, nous nous résumerons en disant que ce livre a sa place marquée dans toute bibliothèque. L'étudiant y trouvera un exposé clair, précis et complet de l'anatomie et de la pathologie oculaires, le savant y trouvera, passés au crible d'une saine et mûre critique, une foule de faits nouveaux, tant personnels qu'empruntés aux divers auteurs, en même temps que les théories et les procédés du professeur de l'Hôtel-Dieu. Le praticien enfin, et ce n'est pas là un des moindres avantages de cet ouvrage, y rencontrera, formulées d'une façon nette et simple, sans aucum esprit de parti, l'indication raisonnée et la technique détaillée de tous les moyens thérapeutiques que la science met actuellement entre nos mains pour prévenir, combattre et guérir les maladies d'un organe aussi délicat et aussi important que l'œil humain.

A. Sourdille.

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

—

Conservation et altération du pain

Le pain se conserve d'autant mieux qu'il est préparé avec plus de soin et qu'il est plus cuit. Le pain du paysan qui est fait avec des farines de qualité inférieure et de mauvais levain, qui est mal pétri et insuffisamment cuit se conserve très mal et c'est d'autant plus regrettable, qu'à la campagne on ne cuit qu'une fois par semaine et souvent tous les quinze jours seulement. En ville, on ne mange guère le pain que frais. Il faut entendre par là le pain cuit de la veille. Le pain chaud est indigeste et le pain trop rassis est dur et a une saveur fade ou terreuse.

Pour conserver le pain, il faut le renfermer dans un endroit bien sec, dont la température ne soit pas trop élevée et à l'abri des poussières qui flottent dans l'appartement. Celles-ci contiennent, comme on le sait, des microorganismes dont quelques-uns peuvent être pathogènes et se mélanger à la mince couche de farine qui recouvre toujours le pain. Dans ce cas, son ingestion serait dangereuse.

Lorsqu'on renferme le pain dans une armoire humide, sombre et à la température un peu élevée, les moisissures ne tardent pas à l'envahir, surtout s'il est mal cuit. Ce sont tantôt des taches blanches, floconneuses, principalement formées par le *mucor mucedo*, tantôt des taches *grises* ou *noires* dans lesquelles domine le *rhyzopus nigricans* d'Ehrenberg; mais, au bout de quelques jours, toutes ces taches prennent une coloration verte, produite par l'*aspergillus glaucus* et par le *penicillum glaucum*. Ces dernières succédanées, de même que l'*oïdinm* Tuckers, se bornent à donner au pain un aspect et un goût désagréables, parfois à occasionner des coliques; mais il en est d'autres comme l'oïdium *aurantiacum* qui donnent lieu à de véritables empoisonnements. Ce parasite se montre surtout dans le pain fait avec un mélange de seigle et de froment. Il apparaît, au bout de trois ou quatre jours de conservation du pain, sous la forme de filaments blancs qui servent de support à des sporules rouges, lesquelles se détachent et tombent en poussière au moindre choc. Pour faire naître ce champignon, il suffit de placer de la farine dans un milieu chaud et humide. L'oïdium aurantiacum, au dire de Payen, altère considérablement la constitution chimique du pain. L'amidon est décomposé en eau et en acide carbonique, tandis que les matières grasses et azotées servent à la végétation du cryptogame. Le *rhyzopus nigricans* passe également pour toxique; sa nocuité a été démontrée par des expériences sur les animaux.

On ne connaît ni le degré de toxicité du pain altéré par ces cryptogames, ni la nature du principe auquel ils doivent cette propriété; mais il est certain que le pain moisi est un aliment à redouter pour l'homme comme pour les animaux, et qu'il faut en proscrire complètement l'usage. Pour éviter la formation des moisissures, il faut bien cuire le pain et lorsqu'on ne peut pas le consommer sur le champ, le conserver dans un endroit sec, frais et point obscur. S'il vient à s'en produire tout de même, il faut enlever avec soin les parties altérées et les rejeter. On pourra également en arrêter le développement en coupant le pain par tranches et en les faisant rotir au feu comme en Provence ou en les faisant passer au four.

J'ai passé à dessein sous silence les accidents causés par la présence dans les farines, d'éléments toxiques, comme l'ergot de seigle, l'ivraie, la mélampyre des champs, la nielle des blés, la gesse vulgaire, etc., parce que ces considérations appartiennent à l'histoire des céréales et non à celle du pain, et parce que d'ailleurs elles m'auraient entraîné trop loin.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées qui se sont signalées par leur dévouement au cours de diverses épidémies :

Médailles d'argent. — M. Warnant, de Fromelennes. — M. le docteur Lecourt, à Canteleu.

— Sont décernées aux personnes ci-dessous, pour leur dévouement dans une épidémie de typhus à Beyrouth: une *médaille d'argent* à M. Eddé (N.), une *médaille de bronze* à Geagea (M.) et une *mention honorable* à M. Massad, externes à l'hôpital français de cette ville.

— Le budget du ministère de l'instruction publique pour 1895 présente sur le budget de 1894 une augmentation de 2,535,285 francs. Un crédit de 44,000 est demandé ponr la création de diverses chaires, dont une d'histologie à laFaculté de médecine de Montpellier et une de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Lyon.

Un crédit de 75,000 francs est destiné à faire face à l'organisation de l'enseignement des dentistes dans quelques Facultés de médecine. La loi du 30 novembre 1893 fait à l'Etat obligation d'organiser cet enseignemeut. La dépense sera en partie couverte par les droits à percevoir de la nouvelle catégorie d'étudiants.

Un crédit de 400 000 francs permettra d'organiser l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles dans les Facultés des sciences. On sait qu'aux termes de deux décrets récents rendus après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, l'étudiant en médecine, avant d'aborder les études médicale proprement dites, devra s'être initié dans une Faculté des sciences, aux sciences physiques, chimiques et naturelles. Nous avons dit ce qu'il fallait penser de cette mesure.

En outre, des crédits sont demandés pour la création d'une chaire d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier, et pour la transformation en chaire du cours de clinique des maladies des enfants à la Faculté de Lyon.

— Il existe actuellement 18 sociétés d'encouragement à la crémation dans les Etats de l'Union, et pendant les dix dernières années on a compté environ 3000 incinérations.

A Paris, il n'y a eu en 1893 que 189 incinérations demandées par les familles.

— Voici la modification demandée au Sénat par M. Labbé : la limite d'âge, en ce qui touche le bénéfice résultant de l'article 23, est fixée à *vingt-sept ans* pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou du titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine.

Que la commission sénatoriale de l'armée soit plus favorable à la proposition de M. Labbé qu'a celle de M. Cornil !

Académie de médecine et de chirurgie de Saragosse. — *Prix F. Gari et Boix en* 1895. — Un prix de 1000 pesetas sera décerné, en mémoire du legs de Boix,au meilleur mémoire sur l'*Etude clinique des myocardites*. Les mémoires, écrits en espagnol, seront remis au secrétaire perpétuel, Dr José Rodondo (Torre-Nuevo, 41, 2°) avant le 1er septembre prochain, dans les formes académiques et sous pli cacheté.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE SOCIALE

—

La publicité des exécutions capitales

La Chambre des députés vient de consacrer trois séances à la discussion d'un projet de loi qui, sans être précisément du ressort de l'hygiène, s'y rattache pourtant par un de ses grands côtés. Tout problème social, ai-je dit autrefois, est doublé d'une question d'hygiène, cela s'applique surtout à celui dont la Chambre s'est occupée dans ses séances du 11, du 12 et du 19 mai, puisqu'il s'agit de la vie humaine.

Depuis longtemps, on le sait, les criminalistes s'élèvent contre le spectacle scandaleux des exécutions publiques. En 1884, les deux tiers des Cours d'appel et la Cour de cassation elle-même en ont demandé la suppression. En 1879, M. Le Royer, alors garde des sceaux, a présenté un projet de loi dans ce sens au Sénat, qui l'a voté le 12 mai 1885. La Chambre des députés l'a repris récemment, le gouvernement s'y est rallié, la commission qui été chargée de son examen a émis un avis favorable par l'organe de M. Reinach et la Chambre, après une discussion sommaire et un scrutin public, a décidé à la majorité d'une voix, qu'elle passerait à la discussion des articles; puis, comme si elle s'était repentie de sa décision, elle a repoussé l'urgence immédiatement après, et quelques jours après elle a rejeté le projet de loi par 267 voix contre 332.

Tout le monde est surpris de l'indifférence avec laquelle la Chambre a traité cette question et de la façon dont elle l'a tranchée. On s'attendait à la voir accueillir avec empressement une réforme que réclament le bon sens ainsi que le progrès des idées et des mœurs. On a aboli depuis longtemps toutes les manifestations extérieures de la répression juridique; le carcan, la marque, l'exposition, la chaîne ont été supprimés, on n'a gardé que l'exécution capitale en public, la guillotine sur la place, c'est-à-dire le plus immoral des spectacles que le moyen âge nous ait légués et dont toutes les autres nations civilisées se sont affranchies déjà.

Le vote de la Chambre a été le résultat d'un double courant d'opinion en sens inverse. D'une part, les ultra-conservateurs ont considéré la mesure qu'on leur proposait comme une atténuation de la pénalité et l'ont repoussée parce que, suivant eux, c'était un acheminement vers l'abolition de la peine de mort; de l'autre, les ultra-progressistes se sont élevés contre elle pour un motif diamétralement opposé. Ils espèrent que le scandale des exécutions publiques, que les saturnales qui se passent autour de l'échafaud finiront par inspirer un tel dégoût qu'on en arrivera à supprimer la peine capitale. Il est inutile de dire qu'il s'en est trouvé de plus avancés ou de plus hardis, qui en ont demandé carrément l'abolition immédiate.

Il faut convenir que ces philanthropes ont mal choisi leur moment. Il a été maintes fois question de supprimer la guillotine, mais les circonstances n'étaient pas tout à fait les mêmes. Sous le règne de Louis-Philippe, on est resté de longues années sans la faire fonctionner, mais c'était à une époque d'apaisement général, où les crimes étaient rares, où les bagnes existaient

encore, et pourtant cette mansuétude du souverain eut pour conséquence une augmentation notable dans le nombre des assassinats. Ce furent les innocents qui payèrent pour les coupables, car la peine de mort est la seule chose que craignent encore les scélérats, et sa suppression aurait pour conséquence inévitable une véritable hétacombe d'honnêtes gens. Elle disparaîtra vraisemblablement un jour, comme le duel, comme la guerre, comme les grandes épidémies, comme les fléaux que le passé nous a légués. C'est un idéal qu'il nous est permis d'entrevoir, mais dont la réalisation est tellement loin de nous qu'elle ne nous apparaît que comme dans un rêve. Au point de vue pratique et au temps où nous vivons, il nous est impossible de nous passer du seul mode de répression qui soit encore redouté des criminels.

Je ne reproduirai pas le mot célèbre d'Alphonse Karr, parce qu'il est devenu banal à force d'être répété ; il est pourtant d'une vérité saissante. Tant qu'il y aura des gens qui s'arrogeront le droit de disposer de la vie de leurs semblables, la société aura celui de leur infliger la peine du talion, cette peine si profondément équitable qu'elle est dans la conscience de tous les êtres primitifs, des enfants qui entrent dans la vie, comme des peuples qui commençent. La peine de mort est l'*ultima ratio* de la justice, le dernier mot des sociétés à l'égard de ceux qui les outragent avec trop d'impudence. De nos jours, il n'y a pas à craindre qu'elles abusent de ce moyen de répression, mais il faut le conserver dans l'arsenal de nos lois. Cette nécessité est devenue plus impérieuse en France que partout ailleurs, depuis qu'on a renversé l'échelle des pénalités en substituant la transportation à la peine des travaux forcés. Depuis quarante ans que cette transformation s'est opérée, les mœurs de messieurs les assassins, ainsi que les appelait Alphonse Karr, se sont complètement modifiées et cela au grand préjudice des personnes sur lesquelles ils exercent leur malfaisante profession.

Avant le décret du 27 mars 1852, il existait une juste pondération dans la hiérarchie des peines. Le régime des prisons départementales était assez paternel, celui des maisons centrales était plus rigoureux, mais l'existence des bagnes était d'une dureté qui rappelait les sévérités du moyen âge. C'était la continuation du système des galères, dont les forçats avaient conservé le nom et je ne pense pas qu'on ait jamais imaginé de supplice plus cruel que celui qu'on endurait à bord des galères du roy. Le bagne épouvantait. Pour l'éviter, on n'assassinait que le moins possible et lorsqu'on s'y voyait contraint par la mauvaise volonté des victimes. Depuis qu'on leur a substitué la transportation, les mœurs des scélérats ont complètement changé. Les voleurs tuent aujourd'hui pour ne pas aller dans les maisons centrales dont le régime est dur et pour être envoyés à la *Nouvelle Calédonie*, cet Eldorado des criminels, ce pays de leurs rêves, où l'on passe ses jours dans un *far niente* confortable, sous le plus riant climat du globe. On y vit heureux et tranquille ; on peut même s'y faire des rentes quand on a le goût du travail et, si le mal du pays vous prend, si l'on éprouve le désir de respirer l'air natal, de revoir ses amis, de reprendre ses opérations d'autrefois, on a la ressource de s'évader, ce qui n'est pas difficile.

Le moment de demander l'abolition de la peine de mort était surtout mal choisi en présence du débordement de crimes odieux dont nous sommes témoins. On assassine aujourd'hui sous le moindre prétexte. On tue pour

voler, on tue par vengeance, par jalousie, parfois sans motif, pour en finir avec la vie et entraîner quelqu'un avec soi. Puis ce sont les chevaliers de la dynamite qui, pour terrifier les bourgeois, font sauter des passants, des concierges, des ouvriers et même des cabaretiers, les ingrats. En présence de tous ces meurtres, la société ne peut véritablement pas désarmer. Aussi n'y a-t-elle pas la moindre tendance. D'ailleurs, ce n'est pas le point sur lequel la discussion a surtout porté. Il n'était pas question de supprimer les exécutions capitales, mais seulement de ne plus les faire sur la voie publique. Le projet soumis à la Chambre par M. Reinach demandait qu'elles aient lieu dans la prison, en présence des autorités civiles et militaires spécialement convoquées à cet effet et de quelques reporters (vingt au maximum), formant la galerie et pouvant constater que le condamné n'a point été soustrait à la peine encourue par lui et en témoigner ensuite,

Cette solution est la vraie ; je n'ai pas trouvé un argument sérieux parmi ceux qu'on a opposés au projet de loi. Les abolitionnistes, ceux qui considèrent la peine capitale comme un assassinat et qui ont des trésors d'indulgence pour messieurs les dynamiteurs, ceux-là vous disent : Vous avez tellement honte de la guillotine que vous voulez la cacher. Il est facile de leur répondre que la société, comme le corps humain, a des fonctions dont elle ne rougit pas, mais que, par décence, elle ne doit pas accomplir en public.

On a déjà fait tout le possible, du reste, pour atténuer cette publicité. On cache le jour de l'exécution ; elle a lieu au petit jour, devant la porte de la prison, pour que le condamné ait moins de chemin à faire. Au lieu de la guillotine monumentale qu'on voyait se dresser autrefois au beau milieu de la place et d'où le condamné dominait la foule, c'est un petit appareil qui fonctionne au ras du sol, derrière une triple haies de chevaux, de soldats et de gardiens de la paix. Il n'y a guère à voir tomber la tête que les magistrats, les fonctionnaires, les représentants de la presse et quelques invités munis de cartes. Ce n'est évidemment pas à ceux-là qu'on veut donner un salutaire exemple ; quant au public spécial que les exécutions attirent et qui a quelquefois passé la nuit à attendre, en s'enivrant dans les cabarets du voisinage, ceux-là ne voient pas grand'chose et c'est tout au plus s'ils entendent la chute du couperet.

Les personnnes qui soutiennent que ce spectacle est moralisateur, celles-là n'ont jamais assisté à une exécution. Je ne parle pas de ce qui se passe sur la place de la Roquette, parce que c'est un public spécial, qui vient là comme attiré par l'odeur du sang ; mais, en province, où l'assistance est moins homogène, et obéit surtout à un sentiment de curiosité, la leçon n'est pas meilleure. Dans la foule qui entoure l'échafaud, l'impression qui semble dominer est la surprise. On entend dire près de soi : Ce n'est que cela ! — Comme c'est vite fait ! Puis les femmes s'extasient sur le courage de la victime, sur le sang-froid qu'elle a montré, et les apprentis scélérats, ceux qui n'ont pas encore pris leurs grades dans l'armée du crime, se proposent, le cas échéant, d'imiter ce noble exemple.

Il ne peut pas en être autrement. Chacun sait à quel point l'imagination dépasse toujours la réalité. Ce qui épouvante, c'est ce qu'on ne voit pas. Les romanciers et les dramaturges tirent de cette observation les effets les plus saisissants. On trouve dans Edgard Poë, ce dilettante de l'horrible,

des situations de ce genre qui donnent le frisson. Au théâtre, les scènes de torture se passent toujours dans la coulisse. De la salle, on aperçoit les lueurs du feu, on entend les cris des victimes, les coups de masse qu'on assène sur les coins et on est terrifié. Il en serait de même pour les exécutions, si elles avaient lieu dans l'intérieur de la prison.

Il faudrait toutefois que la foule pût, sans y assister, en suivre les péripéties, à l'aide d'un signal quelconque, d'une cloche commençant à tinter au moment où le condamné sort de son cachot et cessant à l'instant où la tête tombe, ou, comme en Angleterre, d'un drapeau noir hissé au dessus de la porte et s'abaissant à la chute du couperet. On pourrait même, pour prévenir tout soupçon, permettre à la foule de pénétrer dans la cour et de défiler devant le corps du supplicié convenablement disposé sur une estrade.

Les personnes qui trouveraient cette mise en scène trop théâtrale pourraient en imaginer une autre; mais, dans tous les cas, l'exécution ainsi comprise serait plus digne, plus solennelle que cette scène révoltante qui se passe dans la brume du matin, et qui fournit au condamné qui va mourir une dernière occasion de se poser en héros devant la foule ignoble qui l'admire? Oter au peuple la vue du supplice, a dit avec raison M. Reinach, c'est lui en donner la crainte ; ôter au condamné la vue du peuple, c'est ne laisser en face de lui que l'expiation. Voir mourir un homme est un spectacle, sentir passer la mort est une épouvante ; supprimer la publicité des exécutions, ce n'est pas rapetisser la justice, c'est lui rendre sa majesté. Il est fâcheux que la Chambre ne l'ait pas compris.

Jules ROCHARD.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

De la mobilisation précoce dans le traitement des fractures. — Du traitement des pseudarthroses par fixation des fragments à l'aide de plaques d'aluminium.

M. VON BARDELEBEN, au congrès de Rome, a fait une importante communication sur le traitement des fractures, et est venu vanter la thérapeutique qui consiste à mobiliser de bonne heure les membres cassés. Ce n'est pas la première fois que cette question revient sur le tapis. On sait qu'en France le massage et l'absence d'appareils ont été vantés par un certain nombre de chirurgiens; mais il s'agissait de fractures articulaires en général. Von Bardeleben, lui, applique un appareil et permet la marche aux blessés dès que cet appareil est placé. C'est, en somme, la mobilité dans l'immobilité. On sait les arguments qui ont été invoqués pour défendre cette pratique. On s'est d'abord appuyé sur la réunion, sans contention de la clavicule, des maxillaires et cela avec un cal très solide. On a vanté l'absence d'atrophie qui n'accompagne plus le membre immobilisé pendant longtemps dans une gouttière. On a dit aussi que, comme pour certaines pseudarthroses, l'exercice activait la formation du cal, que le membre était en effet mieux nourri, que la circulation s'y faisait avec plus de facilité et qu'enfin l'état général n'avait qu'à y gagner. Mais même ceux qui prônent cette méthode, sont d'avis qu'un pareil traitement demande une surveillance attentive, un appareil fait dans des conditions spéciales, léger, solide et réappliqué toutes les fois qu'il est nécessaire; qu'il faut se méfier des

gonflements du premier jour, qui laissent ballotter les parties et ne maintient plus au bout de quelque temps les fragments en présence.

Ce sont, en effet, toutes ces raisons qui font que nous ne pensons pas voir, en France du moins, cette thérapeutique prendre un bien grand développement. Il se peut que certaines fractures articulaires se trouvent bien d'une mobilité hâtive et, en cela, nous sommes de l'avis de tous pour les fractures de la rotule notamment, mais de là à en faire une règle de traitement pour tous les cas, il y a une grande distance à franchir.

Les chiffres de M. Von Bardeleben présentent cependant de l'intérêt et d'autant plus qu'il a fait, sur lui-même, l'expérience de l'innocuité des mouvements, mais il s'agissait d'une fracture malléolaire. Disons, de plus, que, même dans les fractures ouvertes, il emploie la même manière de faire depuis l'année 1892, toutes les fractures simples et même une partie des fractures compliquées ont été soignées de cette manière à la Charité. Le chiffre total des cas soumis à ce nouveau mode de traitement a été de 116 Sur ce nombre, 98 fractures, dont 12 compliquées, intéressaient la jambe, les autres le fémur et la rotule. Les résultats ont, au dire de l'auteur, été excellents.

M. Thiriar (de Bruxelles) vient de faire à la Société de chirurgie belge une communication très importante. Il a relaté deux observations de fracture du membre inférieur ayant abouti à une pseudarthrose qui fut traitée et guérie par l'application d'une plaque d'aluminium vissée dans les deux fragments.

Ces observations sont assez intéressantes pour que nous entrions dans quelques détails. Dans la piemière, il s'agit d'un homme de 38 ans atteint de fracture comminutive de la jambe, fracture compliquée de plaie. Le fragment supérieur du tibia sortant par la blessure dut être réséqué sur une longueur de 5 centimètres. L'antisepsie scignée du foyer fut pratiquée. Plusieurs appareils furent appliqués avec le plus grand soin et malgré tout la consolidation ne se fit pas, on le comprendra d'autant mieux quand on saura que ce malade contracta une pneumonie intercurrente. A deux reprises différentes, la pseudarthrose fut traitée sans succès par la suture osseuse et par l'interposition entre les deux fragments d'un morceau d'os décalcifié, c'est alors que M. Thiriar, en désespoir de cause, tenta de réunir les deux fragments à l'aide d'une plaque d'aluminium.

Voici comment il procéda.

Après les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, il fit sur la face interne du tibia une incision longue d'environ 20 centimètres dont la partie médiane répondait à la pseudarthrose. Il détacha les tissus de cette face interne et le périoste. Il aviva ensuite les surfaces de la pseudarthrose, puis il réunit les deux fragments au moyen d'une plaque d'aluminium longue de 12 centimètres, large de 17 millimètres et percée de 6 vis à tête plate longues de 16 millimètres. Cette plaque et les vis avaient été l'objet d'une désinfection minutieuse ; après avoir été brossées au savon, à l'éther et à l'alcool, elles avaient été flambées au moyen d'une lampe à alcool et jetées immédiatement dans une solution d'acide phénique à 50 p. 1000.

La plaque d'aluminium ainsi solidement fixée directement sur l'os, M. Thiriar s'assura que la mobilité anormale avait disparu ; on pouvait facilement soulever la jambe en prenant seulement le pied. Les tissus

furent rabattus sur cette plaque et soigneusement suturés ; un pansement à l'iodoforme fut placé et le membre fut mis dans une gouttière plâtrée.

Tout se passa à merveille ; à l'heure qu'il est, l'os est hyperostosé, mais la fixation des fragments est parfaite. Un peu de gêne persiste encore du côté de l'articulation tibio-tarsienne ; la marche est malgré tout facile et l'opéré peut aisément travailler et gagner sa vie et celle de sa famille.

La face interne du tibia, par sa forme aplatie et sa largeur, se prête admirablement à l'application d'une plaque d'aluminium et on pouvait se demander si la même pratique pourrait être suivie pour d'autres os. La réponse nous est donnée par la deuxième observation de M. Thiriar qui réunit de la même façon les deux fragments de l'extrémité inférieure du fémur. Il s'agissait encore ici d'une pseudarthrose consécutive à une fracture compliquée de plaie.

Toutefois, l'opération ne fut pas aussi simple que pour le tibia. D'abord, les deux fragments furent difficiles à découvrir et à mettre en présence, ensuite les vis traversaient le fragment inférieur « comme si c'était du sucre », et M. Thiriar dut, pour obtenir une solidité suffisante se porter à la partie antérieure, où l'os est beaucoup plus solide et où une lamelle osseuse résistante existait sous le cul-de-sac de la synoviale. La malade n'en guérit pas moins bien, et peut aujourd'hui se tenir (il y a 6 mois de l'opération) sur la jambe opérée.

Cette application d'attelles mécaniques pour maintenir la coaptation des fractures n'est pas neuve. Gluck, tout récemment encore, au Congrès de Berlin, revenait sur cette méthode, nous recommandant le cuivre. C'est un mauvais métal pour ce genre de prothèse, comme le fait remarquer M. Thiriar, et l'aluminium beaucoup mieux toléré par les tissus, plus léger quoique aussi solide, et de beaucoup préférable. M. Quenu, en 1891, eut recours à des attelles du même métal, mais nous ne connaissons pas les résultats de sa pratique. Il est certain qu'il y a là un traitement efficace de pseudarthroses et de fractures compliquées ; mais il ne faut pas se dissimuler que son application est délicate. Pour notre part, il y a quatre ans nous avions entrepris des expériences dans ce sens chez le chien, mais nous n'avons pas pu les poursuivre à cause de l'impossibilité de maintenir le membre dans l'immobilité et à l'abri de l'infection. Nous avions été frappé de la difficulté qu'on éprouve à maintenir la coaptation pendant la pose de l'attelle mécanique et sa fixation à l'aide des vis.

E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 mai. — Présidence de M. Ferrand

Gangrène du pied gauche par thrombose de la veine fémorale, chez une cancéreuse de 27 ans

M. Galliard : Si les chirurgiens ont reconnu que la ligature de la veine fémorale au pli de l'aine pouvait causer la gangrène du pied, les médecins n'ont accepté qu'avec des réserves les observations de gangrène de l'extrémité inférieure par thrombose veineuse. Cruveilhier a soumis à une critique sévère, l'observation de Fabrice de Hilden (1593) qui, pendant longtemps, avait été démonstrative.

Il existe cependant quelques cas authentiques de gangrène du pied dans la phlegmatia alba dolens des accouchées et des cachectiques.

L'observation de M. Galliard se rapporte à une fille de 27 ans, atteinte de cancer de la région pylorique avec vomissements incoercibles et ayant subi au mois de janvier 1894, la gastro-entérostomie. Après une période de bien-être relatif, la malade entra à l'hôpital le 9 avril, ne vomissant plus, mais profondément cachectique, avec des noyaux cancéreux sous-cutanés et une infiltration cancéreuse de la cicatrice abdominale résultant de la laparotomie ; pas d'adénopathie sus-claviculaire, inguinale ni axillaire. En outre, insuffisance mitrale ; pas d'albumine dans l'urine. Vers le commencement de mai, diarrhée ; les vomissements font toujours défaut.

Le 6 mai, en découvrant la malade, on constate que la cuisse et la jambe gauches, jusqu'alors non œdématiées, sont enflées et qu'il y a en outre gangrène des orteils. Les jours suivants, l'œdème s'accentue au membre inférieur gauche, les veines sous-cutanées se dilatent légèrement, l'artère fémorale cesse de battre, la gangrène (à forme humide) envahit la totalité du pied. Indolence. Dépression cérébrale.

Mort dans le marasme le 12 mai. A l'autopsie, intégrité absolue des artères du membre inférieur gauche. Caillot fibrineux, résistant et adhérent à la paroi veineuse épaissie dans la veine fémorale, au niveau et au-dessus de l'embouchure de la fémorale profonde et de la saphène externe. Caillots moins rougeâtres dans toute l'étendue des veines profondes jusqu'au pied ; oblitération de la saphène externe par des caillots de même nature.

Pyohémie consécutive à une ostéomyélite ancienne ; inoculation accidentelle du pus.

M. Netter rapporte l'histoire d'un malade, âgé de 26 ans, qui entre à l'hôpital Tenon le 18 avril dernier, pour une fièvre violente avec délire et embarras de la parole. L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal, il a cependant une albuminurie abondante avec cylindres et globules blancs et rouges dans l'urine. Le malade présente en outre du strabisme de l'œil droit, des cicatrices d'anciennes suppurations osseuses (humérus, côte, fémur, articulation coxo-fémorale) et une fistule à l'anus.

On pense tout d'abord qu'il s'agit de tuberculose aiguë, peut-être accompagnée de méningite, bien que l'on arrive à savoir que le strabisme remontait à l'âge de 3 ans. Le malade meurt 48 heures après son entrée.

A l'autopsie, on ne trouve pas trace de tuberculose dans les poumons ; mais il y existe un grand nombre de petits infarctus du volume d'un pois à celui d'une noisette, presque tous récents, quelques-uns plus anciens et déjà blancs à leur centre. Rate molle, diffluente comme dans les états infectieux ; reins volumineux, lésions de la néphrite épithéliale. L'exploration de la fistule anale révèle un décollement des tissus remontant jusqu'à une partie dénudée de l'ischion ; lésions anciennes du côté d'autres os : humérus, côte, fémur, etc.

L'examen microscopique de la rate, des infarctus pulmonaires, du pus de l'abcès, et les cultures démontrent l'existence du staphylocoque blanc, que l'on retrouve aussi dans le sang du cœur. Pas de bacille de Koch dans la fistule anale ; le staphylocoque est partout à l'état pur, sauf à ce niveau où il est mêlé à du bactérium coli.

Il s'agissait donc d'un cas de pyohémie consécutive à une ostéomyélite ancienne ayant frappé plusieurs os. Des renseignements rétrospectifs ont appris que le début de l'ostéomyélite remontait à 12 ans ; que les fistules s'étaient ouvertes à plusieurs reprises au niveau des os malades, laissant sortir des séquestres. On ne peut expliquer ce fait que par la persistance, pendant 12 années au niveau des lésions osseuses, de microorganismes ayant recouvré à la fin une virulence extrême. Quelques auteurs

considèrent le staphylocoque blanc comme moins redoutable que le staphylocoque doré; ce cas est contraire à cette opinion.

La relation entre ces deux microorganismes est différemment interprétée par les auteurs; la plupart de ceux-ci pensent que ce sont là deux espèces distinctes; MM. Rodet, Courmont et Jaboulay disent cependant avoir observé la transformation du staphylocoque blanc en staphylocoque doré et concluent à leur identité.

Or, en pratiquant l'autopsie de son malade, M. Netter se blessa au médius et à l'annulaire gauche; dans ce dernier point ce n'était qu'une érosion légère qui passa tout d'abord inaperçu; le lendemain, il existait une vésicule dont le contenu devint opalin; les cultures donnèrent naissance à des colonies de staphylocoques blancs. Au niveau du médius, où la plaie avait été plus profonde, un furoncle se développa, malgré un pansement occlusif. Dans le pus de ce dernier existait le staphylocoque doré. L'inoculation s'est faite en ces deux points au moment même de l'autopsie, et le staphylocoque était différent dans les deux points. On peut donc penser que le staphylocoque blanc trouvé chez le malade s'était transformé en staphylocoque doré.

Myxœdème guéri par le traitement thyroïdien

M. Marie présente une malade âgée de 42 ans, qui fut traitée, pour un myxœdème extrêmement prononcé, par l'ingestion de corps thyroïde de mouton. En 1890, déjà, on lui avait pratiqué, mais sans grands résultats, des injections de suc thyroïdien. Le traitement par ingestion ne fut commencé qu'en octobre 1893. Les doses d'abord trop fortes amenèrent au début quelques accidents. Actuellement, la malade peut être considérée comme guérie. Il existe cependant encore un peu de tuméfaction des paupières, un aspect arrondi de la face et une coloration rouge des joues à laquelle M. Marie attache une grande valeur diagnostique. La malade est d'ailleurs soumise encore à l'absorption de corps thyroïde, à la ration d'entretien, qui devra probablement être indéfiniment continuée.

Intoxication hydatique

M. Achard : Jusqu'ici les accidents d'intoxication hydatique ont toujours été observés chez des sujets porteurs de kystes. M. Debove avait cependant pu, en injectant sous la peau d'individus sains une petite quantité de liquide hydatique, déterminer de l'urticaire localisée dans un cas, généralisée dans un autre cas. M. Achard rapporte aujourd'hui un fait d'intoxication hydatique survenue chez deux médecins et un garçon d'amphithéâtre qui avaient pratiqué l'autopsie d'un individu atteint de kyste hydatique de la moelle. Cette autopsie fut pratiquée le 12 novembre 1891, vers quatre heures de l'après-midi, à la Salpêtrière, par MM. Souques et Marinesco.

Le lendemain dans la soirée, M. Souques éprouva des démangeaisons généralisées; le 14 au matin, il constata de l'urticaire qui disparut un jour après.

Dans la soirée du 13, M. Marinesco éprouvait un peu d'agitation et de malaise; le 14 survint de l'urticaire avec fièvre et un peu d'albuminurie.

Quand au garçon d'amphithéâtre, il fut pris, huit heures après l'autopsie, de malaise, de diarrhée, d'une sensation de corps étranger dans la gorge provoquant une toux opiniâtre, puis survint une éruption douloureuse dans la bouche, sur la muqueuse des gencives et du palais. Tout disparut en quelques jours.

Ces accidents survenus chez trois personnes différentes doivent évidemment être rattachés à une même cause, à l'absorption de substances nuisibles provenant de l'hydatique plutôt qu'à une intoxication par des gaz méphitiques, car si les phénomènes ressentis par le garçon d'amphithéâtre sont un peu vagues, ceux qui ont frappé MM. Souques et Marinesco portent bien le cachet de l'intoxication hydatique grâce à la présence de l'urticaire.

Ce fait apporte une confirmation à la théorie de l'intoxication hydatique et serait inexplicable par le mécanisme de l'action réflexe invoqué autrefois pour interpréter l'urticaire hydatique.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 mai 1894. — Présidence de M. E. Besnier

Arsenicisme chronique. — M. Mathieu présente un malade atteint de lésions cutanées consécutives à une intoxication chronique par l'arsenic.

Il s'agit d'un individu qui, depuis une vingtaine d'années, prend de l'arséniate de soude à hautes doses (1 gramme par mois environ dans une solution aqueuse).

Les phénomènes morbides ont d'abord consisté en des troubles gastro-intestinaux très marqués avec accidents nerveux, qui firent porter le diagnostic de tabes. Mais les effets de l'arsenic ont surtout porté sur le tégument cutané. On constate, marquée sur le tronc et l'abdomen, aussi bien sur la partie antérieure que postérieure, une pigmentation tachetée, de coloration brunâtre, absolument indélébile et composée de petites macules foncées tranchant sur le fond plus blanc, presque vitiligoïde de l'épiderme resté sain.

Cet aspect anormal de la peau présente une certaine analogie avec l'acrodynie. On sait, d'ailleurs, que cette dernière affection a été rattachée à l'arsenicisme chronique. Les troubles nerveux et gastro intestinaux sont également fort semblables. Les cas d'intoxication chronique par l'arsenic, avec lésions cutanées, sont encore assez rares pour mériter d'être signalés.

Trichotill manie. — M. Hallopeau formule de la manière suivante les conclusions de son travail :

Il existe un état morbide constitué par de vives sensations prurigineuses, s'exagérant par accès, dans les parties velues du corps ; elles s'accompagnent d'une vésanie qui porte les malades à chercher un soulagement en arrachant les poils des régions où elles se produisent ; l'affection mérite donc le nom de trichotillomanie. Ni les poils, ni les téguments ne présentent d'altération appréciable à l'œil nu ; au microscope, les poils paraissent également indemnes ; un certain nombre d'entre eux rampent sous l'épiderme. Il ne s'agit pas d'une variété de prurigo, car les éruptions caractéristiques de cette affection font ici défaut. Cette maladie est de très longue durée et très vraisemblablement incurable ; la médication qui paraît le mieux soulager les malades est l'isolement des plaques prurigineuses, soit à l'aide de vernis protecteurs, soit par l'enveloppement avec du caoutchouc.

Syphilis maligne précoce (syphilides tuberculeuses étalées en nappes). Pseudo-pelade. — M. Gaston présente une malade sur la face de laquelle existe une syphilide. Le front, les joues, les lèvres, le menton sont recouverts de nappes érythémateuses confluentes, en nappes saillantes, donnant au doigt la sensation d'une infiltration tuberculeuse. Sur ces nappes se voit, au niveau des os malaires, de la kératose pilaire. Cette kératose se trouve également au maximum au niveau du dos, de la face externe des bras et en d'autres points du corps.

Sur la nuque, le dos, la poitrine, les membres supérieurs, existe également une éruption de syphilides d'aspect polymorphe, érythémateuses par places, érythémato-papuleuses en d'autres points. L'aspect général de cette éruption rappelle à la fois, par certains de ses caractères, le pityriasis rose, voire m^me le pityriasis rubra-pilaire,

Une alopécie à forme pseudo-péladique, a atteint le cuir chevelu, les sourcils. La malade ne conserve que quelques touffes de cheveux fragiles atrophiés, néanmoins assez

adhérents. Dans ces cheveux, on constate au microscope, de fines granulations, rappelant l'aspect de spores parasitaires. Sur les plaques alopéciques, à la lampe, on voit au niveau des follicules pileux des croutelles jaunâtres ou noirâtres, d'aspect kératosique, analogues à la kératose pilaire du dos.

La malade qui a de plus une iritis double, est presque amaurotique. L'examen de son sang montre une augmentation manifeste de globules blancs, elle présente en outre de l'anesthésie des seins et de la face dorsale des mains. Rien de viscéral. La syphilis remonte à six mois, elle ne s'était jamais traitée. Sous l'influence du traitement spécifique, les lésions de la face ont déjà subi une régression notable.

Laryngite syphilitique tertiaire. — M. Mendel. Il s'agit d'un homme de 46 ans, qui entra le 15 mars dernier dans le service de M. Béclère, à l'hôpital Saint-Louis. Il présentait à ce moment une dyspnée considérable, aggravée de temps en temps par des crises d'asphyxie assez intenses pour qu'on ait été sur le point de pratiquer la trachéotomie. L'examen laryngoscopique permit de constater une tuméfaction énorme de la ausse corde droite, qui rejoignait la fausse corde du côté opposé dans la partie antérieure ; l'orifice glottique, considérablement réduit, n'était représenté que par un petit orifice triangulaire rejeté à la partie postérieure.

Le malade se rappela avoir eu un chancre une douzaine d'années auparavant ; il ne s'était jamais traité. Un traitement spécifique énergique réduisit assez rapidement l'infiltration de la fausse corde droite, et aujourd'hui le malade respire normalement ; sa voix est encore un peu altérée. Notre homme est cocher, il est assez sujet à des enrouements ; peut-être son métier, qui l'expose directement aux intempéries, a-t-il été pour quelque chose dans cette localisation de la vérole. Il n'est ni buveur, ni fumeur.

M. Fournier a vu chez un syphilitique, survenir un **psoriasis palmaire** très tenace et absolument typique. Ce psoriasis récidivait malgré le traitement. En réalité, il s'agissait d'une éruption antipyrinique, ressemblant à s'y méprendre au psoriasis palmaire syphilitique et qui réapparaissait toutes les fois que le malade prenait de l'antipyrine, dont l'administration était suspendue pendant le traitement mercuriel.

— M. Feulard présente une petite fille de 12 ans, atteinte de **xanthome** occupant surtout les mains, le foie n'est pas hypertrophié, mais, il y a quatre ans, il y a eu un ctère qui a duré deux mois.

— M. Humbert présente un malade porteur d'un **éléphantiasis** de la verge, consécutif à des lymphangites blennorrhagiques répétées. Du reste, le malade a eu des lymphorrhagies en plusieurs régions.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

La digestion de la fibrine

M. Dastre dit que l'on peut facilement constater que lorsqu'on met des substances albuminoïdes fraîches en présence de substances salines, sans addition d'aucun liquide digestif, on voit ces substances se digérer comme en présence du suc gastrique ; il suffit pour cela que la fibrine, par exemple, soit fraîche, et que la solution saline (solution de chlorure de sodium) soit concentrée. D'autre part, on constate qu'une température de 40° et l'exposition à la lumière favorisent cette digestion. Les phénomènes qui président à cette digestion sont en tout semblables à ceux qui s'opèrent dans la digestion par les ferments ; il y a tout d'abord fermentation d'une globuline coagulable à 54°, puis une seconde globuline coagulable à 75°, enfin fermentation de propeptones et de peptones.

Cette digestion se passe cependant en l'absence de tout ferment, en présence seulement de solutions salines qui agissent sans se modifier. Il y a donc lieu de tenir compte de ce fait dans l'étude des digestions.

Influence des toxines microbiennes sur l'évolution de l'embryon de poulet

M. Féré, au cours de ses recherches relatives à l'inflence des toxines microbiennes sur l'évolution des embryons de poulet, a constaté que l'injection dans les œufs d'une certaine quantité de bouillon stérile n'avait aucune action sur le développement de l'embryon. Les œufs qui ont reçu cette injection donnent absolument comme les œufs témoins, une proportion de 91,66 0/0 d'embryons normaux.

Les œufs qui ont reçu une injection de toxine tétanique ne donnent plus qu'un proportion de 75 0/0 d'embryons normaux ; cette faible proportion de malformation mérite d'être rapprochée de cet autre fait, à savoir : que les poulets contractent assez facilement le tétanos.

Les œufs de poule sont, au contraire, beaucoup plus sensibles à la toxine diphtéritique, car ceux qui ont reçu une injection de cette toxine ne fournissent plus qu'une proportion de 8,33 0/0 d'embryons normaux.

Enfin, à la suite d'une injection de tuberculose humaine, cette proportion est de 41,66 0/0 et 25 0/0 seulement avec la tuberculose aviaire.

Tractions rythmées de la langue

M. Laborde rappelle les nombreux succès dus à l'emploi de son procédé de tractions rythmées de la langue dans les divers cas d'asphyxie et surtout l'asphyxie des nouveau-nés.

Il indique le mécanisme physiologique suivant lequel agissent les tractions rythmées. On obtient ainsi une excitation directe sur le centre bulbaire du réflexe respiratoire, phénomène biologique dont la persistance, la durée est le plus tenace en l'état de mort apparente. C'est par l'intermédiaire des nerfs glosso-pharyngiens et lingual supérieurs que la traction de la langue amène le réflexe respiratoire ; la section chez le chien de ces nerfs entraîne l'impossibilité de le maintenir en vie sous le chloroforme.

Recherche du bacille d'Eberth dans les eaux

M. Grimbert a fait des recherches pour savoir s'il était possible de retrouver dans les eaux le bacille d'Eberth, lorsqu'il se trouve accompagné du coli bacille.

Dans la première série d'expériences, un ballon d'eau ordinaire stérilisée fut additionnée d'un centimètre cube d'une culture de bacille typhique provenant d'une rate humaine, et d'un centimètre cube d'un coli bacille isolé de l'eau de la Vanne.

Deux jours après, l'application du procédé Péré, limité à un seul passage phénique, ne donna qu'une culture pure de coli bacille sans trace de bacille d'Eberth.

Supprimant l'emploi des milieux phéniqués, auxquels on pourrait reprocher une action nuisible sur le bacille d'Eberh, M. Grimbert ensemença directement l'eau en question dans un tube de bouillon qui servit ensuite à faire des plaques de gélatine lactosée, colorée au tournesol.

Toutes les colonies examinées étaient constituées par le seul coli bacille, caractérisé par la formation d'endol dans les solutions de peptone où elles furent séparément reportées.

Dans une deuxième série d'expériences (23 avril dernier), 1 litre d'eau ordinaire stérilisée reçut 1 centimètre cube d'une culture de bacille typhique et 2 gouttes seulement d'une culture de coli bacille.

Trois jours après, on faisait des plaques de gélatine : 1° directement avec l'eau, sans passer par l'intermédiaire d'une culture sur bouillon ; 2° après un premier passage sur bouillon.

Dans les deux cas, le résultat fut le même. Toutes les colonies observées donnèrent la réaction de l'indol, lorsqu'on les reporta sur peptone. Et cependant, M. Grimbert insiste sur ce point, la proportion de coli bacilles introduite dans l'eau était insignifiante à côté du nombre énorme de bacilles typhiques.

Un ballon témoin ensemencé le 4 avril avec le même bacille typhique, a donné jusqu'à ce jour des cultures florissantes, ce qui prouve que la disparition du bacille typhique dans l'eau ne peut être attribué à un changement de milieu, comme on serait tenté de le croire.

Les faits précédents ne sont que les premiers résultats d'une série de recherches que M. Grimbert poursuit sur ce sujet, et il attendra qu'elles soient terminées pour en tirer les conclusions qu'elles comportent.

La régénération des centres nerveux

M. G. Marinesco. — La divergence des opinions sur la régénération des centres nerveux et l'intérêt spécial qui s'attache à cette question, ont engagé M. Marinesco à faire quelques expériences sur ce sujet.

Il a produit des plaies aseptiques du cerveau et, après avoir laissé vivre les animaux de 2 jours à 4 mois, il a examiné ensuite, à l'aide des diverses méthodes (Fleming, Pal, Nissl, Golgi), la partie blessée. A l'examen histologique, on constate dans cette région une zone centrale de nécrose et une zone périphérique d'irritation et de réparation. Leur aspect varie suivant la survie de l'animal. Cette dernière zone montre un grand nombre de leucocytes et de phagocytes dont quelques-uns présentent des phénomènes de karyokynèse, division qu'on trouve aussi quelquefois dans les cellules périvasculaires et dans l'endothélium des vaisseaux. On trouve aussi de la division indirecte dans quelques cellules nerveuses, mais elle n'aboutit jamais à la division du protoplasma en aucune de ses phases, la cicatrice ne contient pas des fibres ou des cellules nerveuses de nouvelle formation.

Pour la moelle, M. Marinesco a fait des sections partielles ou totales. La cicatrice développée entre les deux bouts sectionnés ne contient pas non plus d'éléments nerveux de nouvelle formation, mais elle est constituée par le tissu de soutènement de la moelle c'est-à-dire par la névralgie et par du tissu connectivo-vasculaire.

On voit donc que la conclusion qui s'impose, c'est la non-régénération des cellules et fibres nerveuses des centres nerveux, à la suite de leurs altérations destructives.

M. Marinesco ne nie pas en principe la tendance des cellules nerveuses à la régénération, puisque c'est une propriété commune à tous les tissus et les phénomènes de division indirecte qu'il a mentionnés dans la cellule nerveuse le prouveraient. Mais la cellule nerveuse, douée de fonctions spéciales, a perdu ses facultés végétatives de multiplication et dans la lutte pour la vie entre cette cellule et le tissu de soutènement, c'est ce dernier qui l'emporte et c'est lui qui répare la perte de substance.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Duplay

Des ruptures traumatiques de l'urèthre

(Leçon recueillie par M. Binot, interne du service et revue par le professeur)

J'ai opéré d'urgence, lundi dernier, un homme âgé de 42 ans, atteint de rupture traumatique de l'urèthre, et je viens vous entretenir de cette affection dont les symptômes sont bien nettement définis et dont le traitement, établi sur des règles précises, présente une haute importance pratique.

Ce malade, exerçant la profession de fort de la halle, grand et très vigoureux, ne présente rien à noter dans ses antécédents, à part une blennorrhagie à l'âge de 18 ans, et depuis ce temps il n'a jamais éprouvé la moindre difficulté pour uriner.

Le 23 avril, à sept heures du matin, le malade, qui portait une charge de près de 100 kilos sur les épaules, tomba à califourchon sur le bord d'un camion, et le périnée porte sur une étroite arête blindée de fer.

Il ressent une vive douleur, accompagnée de sensation de déchirure au niveau du périnée et le sang coule aussitôt goutte à goutte par le méat. Le malade, qui venait d'uriner peu avant, n'a fait aucun effort de miction depuis l'accident.

Transporté en voiture à l'hôpital, je l'examine peu après son entrée ; la douleur est modérée, l'uréthrorragie continue et le sang tombe presque goutte à goutte par le méat sans qu'il y ait miction ; le sang est donc pur et non mélangé d'urine.

En examinant le périnée, on constate une tumeur médiane fluctuante, du volume d'une mandarine, s'étendant depuis la racine des bourses jusqu'au devant de l'anus. La compression exercée à ce niveau est douloureuse et provoque la sortie d'une plus grande quantité de sang par le méat.

La peau de la région périnéale est ecchymosée, mais ne présente pas de solution de continuité.

Vous devrez vous rappeler, Messieurs, que, lorsque vous vous trouverez en présence d'un blessé ayant fait une chute à califourchon sur un corps dur, et présentant la triade symptomatique suivante : uréthrorrhagie, tumeur périnéale et rétention, vous pourrez à peu près sûrement conclure à une rupture de l'urèthre. La même lésion peut se produire, il est vrai, sans qu'il y ait eu chute à califourchon, par exemple quand un homme reçoit un coup de pied dans la région périnéale, alors qu'il se penche fortement en avant.

On a beaucoup discuté au sujet du siège précis et du mécanisme de la déchirure de l'urèthre ; mais aujourd'hui, surtout depuis le mémoire de Cras (1876) et la thèse de Terrillon (1878), les chirurgiens sont à peu près d'accord sur ces deux points.

Presque sans exception dans les cas de chute à califourchon, la rupture se fait au niveau de la partie antérieure du bulbe, tout à fait exceptionnellement au niveau de la portion membraneuse comme on le croyait autrefois et comme cela a lieu dans les fractures du pubis.

Pour ce qui est du mécanisme de la rupture dans la chute à califourchon, deux cas peuvent se présenter :

Si le corps sur lequel a lieu la chute est volumineux, et par suite ne peut s'enclaver entre les branches de l'ogive pubienne, l'urèthre poussé de bas en haut et d'avant en arrière, s'écrase contre la partie inférieure de la face antérieure de la symphyse, ou bien contre la partie saillante du bord inférieur de cette symphyse, mais toujours sur la ligne médiane.

Si, au contraire, la chute a lieu sur un corps étroit, comme dans un grand nombre des cas de Cras, où il s'agissait de matelots tombant sur une vergue, en sorte que le corps contondant s'enclave profondément sous l'arcade pubienne, il est rare que l'urèthre soit écrasé sur la ligne médiane, et le plus souvent le corps contondant repoussant le canal sur l'une des branches ischio-pubiennes, vient l'écraser contre la partie la plus élevée de la branche descendante du pubis qui forme une arête vive.

Suivant l'importance des lésions, on reconnaît trois degrés à la rupture traumatique de l'urèthre.

1° Rupture interstitielle ; 2° rupture incomplète ; 3° rupture complète. Rappelons en passant que cette rupture se fait au niveau de la portion bulbeuse de l'urèthre, ce qui explique les conditions anatomiques spéciales.

Dans la rupture interstitielle, les trabécules du tissu spongieux formés d'un tissu érectile friable, contenu dans la gaine fibreuse du bulbe se sont rompues sans que la muqueuse d'une part, qui limite la collection en dedans et la gaine fibreuse qui la limite en dehors soient sectionnés, il n'y a donc que le tissu érectile du bulbe qui soit intéressé dans ce cas, et l'hématome ainsi constitué ne communique pas avec le canal uréthral, puisque la muqueuse est conservée, ni avec les plaies du périnée, puisque la coque fibreuse du bulbe est également respectée ; dans ce cas, les symptômes se bornent à la présence d'une bosse sanguine périnéale s'accompagnant de symptômes de rétention plus ou moins accentués.

Dans le second degré, le tissu trabéculaire du bulbe est également rompu, mais la muqueuse est plus ou moins sectionnée, et, par suite, la poche sanguine communique avec le canal ; mais, l'enveloppe fibreuse du bulbe étant respectée, il n'y a pas de communication avec le périnée. Enfin, dans le troisième degré, non seulement le tissu trabéculaire et la muqueuse sont intéressés, mais encore l'enveloppe fibreuse du bulbe est rompue et la collection sanguine communique et avec le canal et avec les plaies du périnée.

Tantôt le canal est complètement sectionné et les deux bouts peuvent être alors écartés de 2, 3, 4 centimètres, tantôt une petite languette d'urèthre réunit encore les deux tronçons à la face supérieure.

Revenons maintenant à notre malade ; à son entrée, il présentait deux simptômes principaux : L'urèthrorragie et la tumeur périnéale dont la compresion déterminait une augmentation dans l'écoulement sanguin.

Il manquait à la triade symptomatique classique la rétention d'urine, mais nous pouvons dire que cette rétention n'a pas eu le temps de se produire et a été supprimée par l'intervention précoce.

On a attribué cette rétention tantôt à la compression exercée par l'hematome sur le canal, tantôt au recroquevillement des bouts, enfin à l'écart des deux tronçons ; je crois pour ma part, qu'il s'agit là avant tout d'une

action réflexe, car la rétention complète peut se montrer dans de toutes petites déchirures sans qu'il y ait même hématome ou infiltration.

Je répète que lorsque la triade symptomatique existe, le diagnostic de rupture de l'urèthre s'impose.

Doit-on, pour contrôler ce diagnostic, pratiquer une exploration du canal.

Je pense qu'on peut le faire, mais à la condition expresse que ce soit avec la plus grande douceur. C'est ainsi que vous m'avez vu faire le cathétérisme avec une sonde molle, en caoutchouc; mais, dès que j'ai eu la notion que ma sonde était arrêtée dans une cavité et qu'elle se repliait à environ 1, 2 ou 3 centimètres du méat, j'ai aussitôt cessé toute exploration et toute tentative de cathétérisme.

Ce cathétérisme a confirmé le diagnostic déjà posé de rupture complète. Dans le cas où la rupture eût été incomplète, il aurait pu, ainsi que nous le verrons, être le premier temps d'une intervention utile.

Quel est le pronostic de la rupture de l'urèthre?

Supposons notre malade abandonné à lui-même; au bout de quelques heures il aurait eu de la rétention complète et nous aurions vu apparaître tous les accidents graves qu'elle comporte et que je ne veux pas rappeler ici. D'autre part, même avec la rétention, il arrive souvent que quelques gouttes d'urine s'échappant par le bout postérieur pénètrent dans la collection sanguine du périnée, d'où formation d'un abcès urineux.

Enfin, ce qui est plus grave encore, la rétention d'urine, venant à céder, le malade projette son urine dans les tissus du périnée et l'on voit se produire une infiltration étendue avec ses redoutables conséquences.

Ces détails vous montrent à quels accidents eût été exposé notre malade, si l'intervention n'avait été hâtive.

Pour ce qui est du traitement, aujourd'hui, après de longues discussions, la pratique suivante est à peu près universellement admise.

La première chose à faire est de tenter d'introduire une sonde dans la vessie; ce sera une certitude pour le diagnostic et de plus, si la rupture est incomplète, un moyen de traitement. Seulement, je tiens à insister encore une fois sur la nécessité d'user d'une extrême prudence dans ces tentatives de cathétérisme. Si l'on réussit à passer une sonde dans la vessie, on devra la fixer à demeure, mais il faut bien savoir que, même après ce succès, on n'évitera pas ainsi l'abcès du périnée, vu le léger suintement qui se fait le long de la sonde et vient se mélanger à l'hémathome; il faut donc, dans ce cas, surveiller le périnée et inciser l'abcès dès qu'il se forme.

Si le cathétérisme est impossible, ce qui arrivera presque toujours, dans les ruptures complètes, il faut, sans insister, pratiquer de suite l'uréthrotomie externe, afin de rétablir la continuité de l'urèthre en plaçant une sonde dans la vessie.

Dans le cas où vous ne pourriez procéder de suite à cette opération, pour une raison quelconque, que devez-vous faire? Il faut, avant tout, parer au plus pressé et prévenir les complications, c'est-à-dire faire cesser la rétention. Pour cela, vous devez faire la ponction de la vessie avec l'appareil aspirateur de Dieulafoy et de Potain, et renouveler cette ponction.

Mais ce n'est là qu'un moyen palliatif, et le seul traitement rationnel et vraiment curatif, c'est l'uréthrotomie externe.

On placera le malade dans la position de la taille et on aura soin de le faire maintenir immuablement dans une rectitude parfaite. On introduit ensuite par le méat une sonde rigide qu'un aide devra maintenir exactement sur la ligne médiane, puis on incise le périnée sur le raphé médian, on tombe sur la poche sanguine et grâce à la sonde qui plonge dans cette poche on arrive facilement dans le bout antérieur. La recherche du bout postérieur est d'ordinaire bien moins facile et quelquefois laborieuse, faut, avant tout, bien nettoyer la cavité, la bien absterger.

Dans certains cas, un petit pont de substance qui relie les deux tronçons du canal vous fait trouver le bout postérieur ; quelquefois c'est en détachant un caillot qui se prolongeait dans le bout postérieur que sa lumière se trouve ainsi évidente ; on peut encore, en appuyant sur la vessie ou en laissant le malade se réveiller et en lui ordonnant d'uriner, voir sourdre quelques gouttes d'urine à travers ce bout postérieur. Enfin, on arrive quelquefois à retrouver le bout postérieur, en explorant avec l'extrémité d'un stylet sur la ligne médiane, en se guidant sur la symphyse et sur la position du bout antérieur indiquée par la sonde introduite par le canal.

Chez notre malade, j'ai trouvé le bout postérieur assez rapidement, après avoir soigneusement abstergé la plaie ; une fois ce bout trouvé, j'ai introduit une sonde molle que j'ai fait glisser jusque dans la vessie; puis, pour ramener celle-ci dans la portion antérieure de l'urèthre, j'ai fait pénétrer par le méat une petite bougie dont l'extrémité amenée dans la plaie a été introduite et fixée à l'aide d'un fil dans la lumière de la sonde. Il a suffi alors de retirer la bougie par le méat pour entraîner l'extrémité libre de la sonde. Celle-ci a été fixée à demeure.

On a conseillé la suture de l'urèthre, on abrège ainsi la guérison, chaque fois que la chose est praticable. Mais le plus souvent cette suture ne donne que des résultats illusoires, vu l'état de contusion des tissus.

Chez notre malade le bulbe était en bouillie, les deux bouts écartés de 3 centimètres environ étaient complètement séparés et déchiquetés, la réunion eût été à peu près impossible.

J'ai donc suturé seulement la plaie périnéale en laissant une toute petite mèche de gaze iodoformée pour permettre à l'urine qui pourrait suinter le long des parois de la sonde, de s'écouler au dehors. Cette mèche de gaze a été retirée aujourd'hui. Notre malade est en parfait état, et n'a présenté aucun accident depuis l'intervention. On prendra pour cette sonde à demeure les précautions d'usage, lavages, etc., et au bout d'une dizaine de jours on la remplacera, pour la retirer définitivement lorsque la plaie du périnée sera à peu près complètement cicatrisée.

Il se pourrait à la rigueur, que, pour une raison quelconque, le chirurgien ne puisse pas retrouver le bout postérieur. Il reste, en pareil cas, une dernière ressource.

Il faut alors faire la taille hypogastrique et pratiquer le cathétérisme rétrograde : introduire une sonde par la vessie qui ressortira par le périnée au niveau de la rupture et qui servira à entraîner jusque dans la vessie la sonde introduite par le méat.

Que deviendra notre malade ?

Il sortira de l'hôpital sans aucune gêne dans la miction, et très probable-

ment malgré les conseils que nous lui donnerons, il en arrivera quelque temps après au rétrécissement pour ne les avoir pas suivis.

Ce rétrécissement, il faut le savoir, est la conséquence fatale de chacun des trois degrés de rupture de l'urèthre quand on n'y prend garde, mais on peut le prévenir en passant de temps en temps une sonde qui maintienne le calibre de l'urèthre.

La gymnastique gynécologique

Par le Dr Stapper, de Paris (1).

Ce traitement, imaginé par le Suédois Th. Brandt, et resté longtemps obscur, a reçu a consécration scientifique officielle en Allemagne en 1886, et s'est accrédité à la suite de la publication d'une série d'observations très bien prises par le Dr Profanter. Malheureusement, le traitement s'accrédita sous le nom de massage gynécologique. Frappés surtout par le massage qui *a priori* semblait jouer le principal rôle, les médecin, même ceux qui se rendirent chez Brandt, attribuèrent les résultats obtenus, malgré les protestations de Brandt, aux seules manipulations locales. C'était une erreur, une grosse erreur, une erreur des plus regrettables, qui, en se répandant, a nuit à la méthode de Brandt plus qu'on ne pourrait dire ; si elle persiste, la méthode perdra une grande moitié de sa valeur, et elle a beaucoup de valeur. Deux médecins Genevois, les docteurs Zentzer et Bourcart, dans une publication faite en Suisse ont déjà essayé de protester par la composition et le titre même de leur ouvrage. L'ouvrage de Brandt, écrit en allemand, est une autre protestation. A ces deux protestations, j'ai joint la mienne dans la brochure qui a été imprimée en France, et c'est pour lui donner plus d'écho que j'ai pris la parole devant le congrès. Dans cette communication, j'ai avant tout pour but de faire comprendre que la méthode de Brandt est faussement nommée massage gynécologique. La méthode de Brandt se compose de deux parties également importantes, le MASSAGE ET LA GYMNASTIQUE.

Qu'est-ce que cette gymnastique? D'où vient son importance? Tels sont les deux points que je dois développer ici.

Cette gymnastique n'a rien de commun avec les exercices d'adresse ou de force auxquels on donne d'ordinaire ce nom. Elle n'a pas les effets toniques généraux pour but principal. Elle produit des effets locaux tout à fait remarquables. Par elle, on congestionne et on décongestionne les organes pelviens à volonté. On arrête le sang ou on le fait couler.

Cette surprenante affirmation demande à être prouvée et je ne puis donner meilleure preuve que celle des faits, en même temps j'expliquerai pourquoi la gymnastique de Brandt est si négligée. Lorsqu'après l'un de mes voyages en Suède à une époque, où je n'avais pas encore vu Brandt, je commençai à pratiquer le massage, je fis comme la plupart de mes devanciers, je négligeais complètement la gymnastique. Je la considérais comme un accessoire, comme un tonique général comparable tout au plus à l'hydrothérapie. J'étais encouragé dans cette manière de voir par toutes ou presque toutes les publications faites sur le sujet. Partout il était question de massage, nulle part de gymnastique, sauf dans les deux ouvrages dont j'ai parlé; mais j'avais l'esprit prévenu contre ce qu'on appelait les fantaisies et les exagérations de Brandt, et quand je cherchais des faits cliniques, des observations probantes je n'en trouvais nulle part. Au contraire, dans la traduction française d'un ouvrage allemand dont l'auteur pouvait être considéré comme un praticien expérimenté du massage, au moins pour la durée de

(1) Communication faite au Congrès romain.

sa pratique, je lisais ces mots : « Je connais bien la gymnastique, de Brandt, je l'ai expérimentée. Elle n'est pas nécessaire, j'affirme qu'on peut s'en passer. »

C'est dans cette disposition d'esprit que je fis mon second voyage en Suède pour terminer la mission dont le ministre de l'instruction publique en France m'avait chargé. Cette fois, je vis Brandt lui-même, et la première chose qui frappa mes yeux fut la gymnastique. Ce spectacle comme les images que j'avais vues dans les livres ne fit qu'augmenter mon incrédulité. Il me semblait impossible que des mouvements des bras et des jambes pussent faire affluer le sang dans le bassin ou l'en détourner ; mais rien ne vaut l'expérimentation et j'étais décidé à expérimenter et à juger par les faits et non par mes impressions ou par les écrits de tel ou tel auteur.

Je me décidai donc à étudier la gymnastique de Brandt et j'appris à exécuter les mouvements musculaires auxquels il attachait le plus d'importance au point de vue des effets locaux, c'est-à-dire de la dérivation et de l'afflux de sang. Ce ne fut pas sans peine. J'estime qu'une très bonne exécution des mouvements de la gymnastique suédoise est difficile ; mais, enfin, j'arrivais à une exécution plus ou moins parfaite, et j'attendis l'occasion de faire la preuve. Elle ne tarda pas à se présenter.

Une femme, qui avait eu quatre enfants et trois ou quatre fausses couches depuis la naissance du dernier, était soignée par moi depuis assez longtemps pour de continuelles hémorrhagies, peu graves, grâce aux précautions qu'elle prenait, mais qui lui ôtaient toute liberté d'action. Comme lésions locales, cette femme présentait ce que j'ai décrit, depuis lors, sous le nom de subinvolution salpingienne, c'est-à-dire une trompe œdématiée, grosse comme le doigt, prolabée, perpétuellement congestionnée. Elle présentait les phénomènes que j'ai décrits comme caractérisant cette affection : 1° Des règles prolongées : 2° des règles supplémentaires se montrant d'habitude au milieu de la période intercalaire, c'est-à-dire quinze jours après le premier jour des règles normales. Je dois dire qu'à mon avis — j'ai constaté cela depuis que je pratique le traitement de Brandt — les femmes ont deux molimens congestifs par mois. Le premier commence du huitième au dixième jour après le premier jour des règles, le second, vers le vingt-et-unième jour, c'est-à-dire huit jours environ avant l'époque normale ; de sorte que, chez un certain nombre des femmes qui ont une ou deux trompes en subinvolution, il y a une congestion ininterrompue qui produit des hémorrhagies fréquentes ou continuelles.

La femme dont je parle était dans ce cas. Elle fut soumise à la gymastique gynécologique *sans massage*. Dès le premier mois, la durée des règles normales ne fut que de cinq jours au lieu de huit ou dix. Il y eut une sorte de lutte vers le vingtième jour. Le molimen hémorrhagique parut, mais non pas le sang. Le mois suivant les mouvements furent exécutés sans soin, puis abandonné par la malade qui se croyait guérie. Le sang reparut le vingt-deuxième jour. Les mouvements gymnastiques furent repris. Le sang s'arrêta et à la suite d'un traitement régulier *exclusivement composé de gymnastique*, avec défense de garder le repos absolu, la femme fut définitivement réglée comme elle l'avait été avant ses fausses couches et comme toute femme doit l'être. J'ai cité le fait en 1892, dans mon Rapport sur ma mission en Suède. Aujourd'hui, en 1894, je puis ajouter que cette femme, toujours bien réglée depuis son traitement et devenue enceinte en 1893, est accouchée à terme. Y a-t-il, je le demande, un traitement plus simple pouvant donner meilleur résultat.

Un ou deux exercices gymnastiques exécutés une fois au moins par jour, à certains moments deux ou trois fois, pendant trois mois, sans aucune interruption des travaux de la vie journalière, sans repos au lit. Pour moi je ne connais pas de traitement plus mple ni plus inoffensif.

D'une hirondelle il ne faut juger le printemps. J'ajouterai donc ceci : Depuis ma communication à l'Académie de médecine de Paris, sur le traitement de Brandt, le professeur Pinard m'a prié de le mettre en pratique à la clinique Baudelocque, et les faits se sont tellement multipliés que la puissance antihémorrhagique de la gymnastique de Brandt ne fait aujourd'hui aucun doute pour ceux qui ont observé et suivi les femmes en traitement.

J'ai eu beaucoup moins d'occasion de pratiquer les mouvements gymnastiques congestionnants; ce qui se comprend; la gymnastique décongestionnante était indiquée dans tous les cas d'affection pelvienne. Les mouvements congestionnants ne le sont guère qu'au moment de la formation chez les jeunes filles, ou chez les femmes rarement réglées dont les organes génitaux restent à l'état infantile, ou chez les femmes obèses dont les règles se réduisent à rien ou disparaissent ; mais, dans ce cas, il va sans dire qu'un régime amaigrissant doit être institué en même temps que la gymnastique.

Les mouvements congestionnants — j'ai pu le constater — ont une efficacité non douteuse; mais ils sont plus difficiles à exécuter que les congestionnants et leur action est plus lente. Il leur faut d'ordinaire la continuité. L'action des mouvements dérivatifs est rapide en général.

Je devrais donner ici une idée succincte de la gymnastique de Brandt, c'est-à-dire en décrire les principales manœuvres ; mais elles se montrent mieux qu'elles ne se décrivent. Je dois donc me borner à quelques généralités dont il est important de se bien pénétrer et qui n'ont été, je crois, signalées nulle part, pas même dans le livre de Brandt où la gymnastique congestionnante, la gymnastique dérivative, et les mouvements spéciaux destinés aux nombreux réflexes dont souffrent les femmes atteintes d'affection abdomino-pelvienne ne sont pas rangées par catégories, ce qui jette la confusion dans l'esprit du lecteur.

Ces généralités les voici : Tout exercice gymnastique de Brandt se compose d'une attitude et d'un mouvement, lequel est tantôt passif, tantôt actif dans l'une et l'autre sorte de gymnastique, congestionnante ou décongestionnante. Donc, passivité et activité n'appartiennent pas plus spécialement à telle ou telle catégorie. Au contraire, les attitudes et les mouvements varient avec la catégorie. Pour l'attitude, dans la catégorie décongestionnante, on cherche avant tout à mettre dans le relâchement la paroi abdominale. Dans la catégorie congestionnante, on recherche, au contraire, la tension de cette paroi. Par conséquent, dans la catégorie congestionnante, on met le plus d'écart possible entre l'appendice xyphoïde et la symphyse pubienne et dans la catégorie décongestionnante on favorise le rapprochement de la symphyse et de l'extrémité sternale. Pour les mouvements, dans la catégorie décongestionnante, on fait agir les muscles dorsaux, les muscles postérieurs des cuisses, les abducteurs fémoraux. Dans la catégorie congestionnante, ou plutôt dans le mouvement le plus congestionnant de cette catégorie, l'exercice a pour effet d'augmenter, de porter à son maximum cette tension de la paroi abdominale déjà obtenue par l'attitude que j'ai signalée.

La physiologie exacte de cette gymnastique gynécologique est encore à faire et paraît très compliquée. Quoiqu'il en soit, ce qui ressort de la synthèse que j'ai essayé de faire, c'est qu'attitude et mouvements sont évidemment favorables à la stase abdominale pour ce qui concerne la catégorie inverse. Et puis, ce qui importe, c'est le résultat clinique, et je crois avoir acquis assez d'expérience de ces mouvements pour affirmer maintenant l'excellence de ce résultat.

Je dois ajouter que l'étude de ces mouvements exige de l'application et leur exécution un grand soin, une constante attention de la part de l'opérateur et de la part de la malade.

Certaines femmes, d'une intelligence assez médiocre, ou d'une mollesse irrémédiable,

n'arrivent pas à une bonne exécution, et la gymnastique perd alors une grande partie de ses effets.

La gymnastique gynécologique de Brandt est à la portée de tous les médecins qui voudront prendre la peine de l'apprendre. Le massage, cette seconde partie du traitement de Brandt ne l'est pas, car il exige des aptitudes toutes spéciales. La gymnastique gynécologique peut, à elle seule, rendre les plus grands services ; pratiquée avec intelligence, régulièrement, en multipliant les séances s'il y a lieu, elle peut, à elle seule, guérir des troubles de fonction qui sont, lorsqu'on les néglige, le point de départ d'affections rebelles. La gymnastique gynécologique offre encore ce grand avantage que certains mouvements, heureusement les plus actifs, peuvent être enseignés à des personnes sans instruction spéciale, ce qui permet aux malades de faire exécuter deux ou trois fois par jour, chez eux, ce que le médecin leur fait exécuter une fois chez lui. Le but visé est ainsi plus rapidement atteint. Il ne faut pas conclure de là que tous les mouvements peuvent être enseignés à des personnes sans instruction spéciale. Je dis quelques-uns. Les autres exigent le savoir et l'expérience. J'ai dit que la gymnastique gynécologique pouvait être pratiqué indépendamment du massage. Par contre, je ne crois pas que ce dernier, pratiqué indépendamment de la gymnastique, donne des résultats aussi bons que jointe à elle. C'est parce que je suis convaincu de la nécessité de cette pratique simultanée que j'ai donné à la méthode de Brandt le nom de *Kinésithérapie gynécologique, c'est-à-dire « Guérison des maladies des femmes par le mouvement »*, lequel consiste : 1° dans la gymnastique de Brandt ; 2° dans le massage de Brandt.

J'aurais dû parler ici du massage ; mais, réflexion faite, il m'a semblé plus important de réserver les instants que le Congrès veut bien m'accorder à cette gymnastique si négligée, si décriée, et que j'ai failli moi-même, comme tant d'autres, laisser de côté la jugeant superficiellement, d'après l'impression qu'elle avait faite sur moi à première vue ou sur la foi d'auteurs qui ne l'ont pas étudiée. J'ai apporté au Congrès une étude personnelle et des faits. Je ne demande pas qu'on me croie sur parole ; je demande que chacun expérimente à son tour. Combien y a-t-il, dans la science médicale, de préjugés, d'erreurs, plantés ferme par l'autorité d'auteurs qui se copient les uns les autres. Puis le jour où quelqu'un se donne la peine de remonter aux sources, d'étudier par lui-même, d'expérimenter, on s'aperçoit que cette chose, réputée mauvaise ou négligeable, est en réalité bonne et de grande utilité. La gymnastique gynécologique est aujourd'hui, à mes yeux, une de ces choses-là, et, tout en remerçiant le Congrès d'avoir bien voulu m'écouter, je forme le souhait que d'autres médecins veuillent bien constater l'exactitude de ce que je suis venu affirmer ici : l'excellence de la gymnastique génécologique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai 1894. — Présidence de M. Rochard.

Les différents modes de vaccination

A propos du procès-verbal, M. Charpentier tient à dire que, en ce qui concerne la vaccination humaine, l'inoculation de génisse à bras est incontestablement supérieure. MM. Chambon et Ménard ont, du reste, recours à la pulpe glycérinée vieille de 40 à 60 jours, uniquement pour l'inoculation des génisses, ainsi que cela résulte d'une note remise par ces messieurs à M. Charpentier.

M. Hervieux rappelle que la pulpe fraîche donne tous les jours d'excellents résultats entre les mains des médecins à qui l'Académie la fournit. Il a peu d'expérience sur les

effets de la pulpe ancienne, car il est rare que les tubes séjournent dans la glacière plus de quelques semaines.

M. Le Dentu lit un

Rapport sur un travail de M. Pichevin, sur l'hystéropexie vaginale dans le traitement des rétrodéviations utérines

Après avoir pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds, on fixe l'utérus à la face postérieure de la paroi, les gynécologistes se sont dit qu'il pourrait y avoir avantage à suturer la face antérieure de l'utérus à la paroi antérieure du vagin. Telle est l'origine de l'opération conçue par Sanger et réalisée par Mackenrodt et Duhrssen. Amussat et Richelot père avaient déjà fait des tentatives de fixation vaginale de la matrice; il faut encore citer Robinau, Schucking qui ont préconisé des procédés tendant au même but et Zweifel qui a modifié le procédé de Schucking ; mais, dans ces deux derniers procédés, un seul fil de soie doit assurer la nouvelle situation de l'utérus et il est peu probable qu'il puisse suffire. Cependant, ces chirurgiens disent avoir obtenu les plus beaux résultats. Nicoletis, Richelot, Bossi semblent aussi très satisfaits des vaginofixations postérieures; mais on doit penser que si Sanger, Duhrssen n'ont pu partager cette satisfaction, puisque le premier après avoir pratiqué la fixation vaginale de la face antérieure, y a joint la rétrofixation vaginale du col, puisque d'autres ont imaginé des procédés plus compliqués que voici :

Procédé de Mackenrodt. — Le col étant abaissé et l'utérus ramené en avant par un hystéromètre courbe, on fait une incision antéro-postérieure étendue du tubercule antérieur du vagin à l'insertion de ce dernier au col. Alors dissection de la vessie, décollement de l'organe vésico-utérin et refoulement du cul-de sac péritonéal. On renverse l'utérus en avant par des fils de soie placés obliquement dans le tissu du corps utérin ; les 3 ou 4 fils traversent le cul-de-sac péritonéal, puis les deux lèvres de l'incision vaginale à 2 centimètres de leur bord. On ne les enlève qu'après 7 à 8 semaines. D'après Winter, ce procédé expose à la reproduction rapide de la déviation, ce que, naturellement, son auteur a nié.

Procédé de Duhrssen.— Dans ce procédé, l'incision du vagin est tracée tranversalement au niveau de l'insertion de sa paroi antérieure au col ; l'opérateur fixe le corps de l'utérus à cette paroi au moyen de sutures perdues. Pendant l'opération, l'utérus est abaissé par des fils introduits transversalement dans son tissu. Quand aux fils fixateurs, ils doivent cheminer dans l'épaisseur de la paroi vaginale, puis dans le tissu utérin du corps ; aussi haut que possible, suivant une direction antéro-postérieure, fils et nœud se dissimulent dans le décollement vésico-utérin. Duhrsssen aurait eu 102 guérisons sur 114 cas.

Peut-être est-on en droit d'espérer encore mieux. M. Pérholier a déterminé la position exacte du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin et il a vu qu'il descend quelquefois sur la face antérieure du col. Dans ce cas exceptionnel une anse d'intestin pourrait être traversée par les fils fixateurs. On évitera sûrement l'accident en poussant le décollement du péritoine aussi haut que possible en avant du corps de l'utérus. Maintenant, il cesse habituellement d'être possible ou est très difficile à partir de 2 centimètres au-dessous du bord supérieur de cet organe, le mieux serait de défoncer systématiquement le cul-de-sac de la séreuse, ce qui permettrait d'écarter l'intestin, de placer les fils fixateurs aussi haut qu'on le voudrait et d'explorer la face postérieure de la matrice. M. Pérholier préconise donc l'ouverture du cul-de-sac et en fait un des temps de son manuel opératoire.

Les tractions sur le col, après la dissection de la vessie, allongent beaucoup l'utérus et peuvent tromper relativement à la longueur du segment resté hors de la vue. Aussi

M. Pérholier a-t-il adopté la pince de Orthmann, dont l'une des branches est destinée à être introduite jusqu'au fond de la cavité utérine, tandis que l'autre, en forme d'érigne à deux pointes glissant à volonté sur la première dans le sens longitudinal, peut être fichée sur la face antérieure de l'utérus à environ 4 centimètres au-dessus de l'orifice interne du col. Cette pince, en permettant le renversement de la matrice en avant, facilite la mise en place de fils abaisseurs à direction longitudinale par rapport à l'axe de cet organe, au moyen duquel on attire vers le vagin la face antérieure et même le bord supérieur du corps de l'utérus. Ces fils sont placés successivement de bas en haut jusqu'au point où commencera la série des fils fixateurs à direction transversale.

L'incision initiale ayant été tracée depuis le tubercule antérieur du vagin jusqu'à l'insertion cervicale de la paroi antérieure, la vessie ayant été démasquée et la face antérieure du corps de l'utérus étant renversée en bas et en avant, une première aiguille est introduite dans la paroi vaginale, à 1 centimètre du bord gauche de l'incision vaginale, le plus près possible de l'angle antérieur de l'incision ; continuant son chemin, cette même aiguille pénètre dans le tissu utérin, le plus près possible du fond, à 7 millimètres à gauche de la ligne médiane, chemine transversalement dans le tissu utérin à 5 millimètres de profondeur et en sort à droite à 7 millimètres de la ligne médiane. Elle termine son parcours en perforant la paroi vaginale de la profondeur sur la surface à 1 centimètre à droite du bord de l'incision médiane. Deux ou trois fils sont passés de la même façon d'avant en arrière. Le fond de l'utérus est fixé le plus près possible du tubercule antérieur du vagin. Comme fils, M. Pérholier emploie la soie et fait la suture superficielle vagino-utérine au crin de Florence.

Lorsque la paroi intérieure du vagin est relâchée, qu'il y a de la cystocèle, la colporraphie s'impose. L'incision plus ou moins étendue de la paroi vaginale de chaque côté de l'incision complète avantageusement l'opération en fournissant aux fils fixateurs un point d'appui solide.

Lorsque les circonstances l'exigent, il faut pratiquer la colporraphie postérieure ou la colpopérinéorraphie, quelquefois avec amputation préalable du col. Le curettage utérin est utile comme temps préliminaire. C'est qu'en effet, la rétro-dérivation est rarement simple, s'associe à de la métrite, à un cystocèle, une rectocèle, etc.

En pareil cas, une opération complète offre seule des chances sérieuses de succès. On peut même dire que l'insuccès trouvera toujours une place dans les résultats opératoires.

Deux malades ont été opérés par le procédé Pécholier dans le service de M. Le Dentu, et les résultats sont bons. Malheureusement, les opérations sont encore trop récentes pour être absolument démonstratives.

Traitement des tumeurs cancéreuses par le bleu de méthyle

Le docteur Darier relate une série de cas de tumeurs cancéreuses de la face, guéries très rapidement par des attouchements quotidiens au bleu de méthyle 1/20. Ce médicament paraît avoir une action spécifique sur l'élément cancéreux, il peut, s'il est bien appliqué, amener à lui seul la guérison ; mais ce résultat est beaucoup plus vite atteint si l'on cautérise d'abord la partie malade, soit à l'acide chromique, soit avec le galvanocautère.

Dans les tumeurs profondes, le bleu de méthyle doit être employé en injections hypodermiques, dans les tumeurs ayant détruit une surface cutanée étendue, M. Darier recommande de compléter la guérison par des greffes épidermiques qu'on appliquera du 15e au 21e jour.

— **Au cours de la séance, et au 2e tour de scrutin, M. Rollet a été élu associé national par 41 voix sur 74 votants, contre 32 à M. Renaut, et un bulletin blanc.**

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Cadet de Gassicourt sur la liste de présentation, pour deux places de correspondant national. Voici l'ordre de classement : 1er M. Morrel, 2e M. Liégeois, 3e MM. Bertrand et Vergely, 4e MM. Tessier et Tutot.

Médecins et Contributions

Pauvres médecins ! ils sont taillables et corvéables à merci ! On vient d'augmenter leurs patentes et cela ne suffit pas, si la nouvelle taxe d'habitation proposée par le budget de 1895 passe à la Chambre ils vont encore être obligés de payer pour leurs domestiques. Mais tous n'en ont pas, est-on tenté de répondre ; peu importe puisque, qu'on en ait un, deux ou trois ou pas, on est taxé d'après le loyer comme si on en avait. C'est la commune loi, va-t-on dire encore ? Non, cependant, car le médecin d'après sa profession est obligé à un loyer plus cher que celui qu'il aurait s'il occupait une place de fonctionnaire quelconque. Il faut bien avoir un salon convenable et un cabinet pour recevoir le client et on ne peut pas mettre sa famille à la porte.

De plus, en province, le moindre médecin de campagne est obligé d'avoir un domestique ; c'est le garçon à tout faire, qui soigne les chevaux, la voiture, accompagne son maître, ouvre la porte aux clients, fait le ménage, etc., et bien ! on peut être assuré que même le docteur ayant à la campagne un loyer inférieur comme prix à celui que comporte en ville ce qu'on appelle vulgairement « une bonne » payera cependant la taxe de son domestique homme qui est plus cher. Et, cependant, ce domestique lui est aussi indispensable que l'employé de magasin, que le garçon de pharmacie, que celui de ferme pour lesquels on ne paye aucun impôt ! Nous estimons donc que le docteur qui a déjà sa cote mobilière, sa patente, qui est taxé pour son cheval, pour sa voiture, ne doit pas être frappé d'une nouvelle dépense pour son domestique. Nous trouvons même bizarre que, sous un gouvernement républicain, sous un régime soi-disant égalitaire, on taxe les hommes qui en servent d'autres comme les bêtes. Cela a un parfum d'esclavage qui étonne.

COURRIER

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. de Nabias, agrégé, est chargé d'un cours de matière médicale.

M. le docteur Binaud est maintenu dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

MM. Triboudeau et Chemin sont institués aides d'anatomie.

Faculté de médecine de Lille. — M. le professeur Cestiaux est nommé assesseur au doyen de la Faculté.

— M. le professeur Baillon vient d'être nommé, à l'unanimité, membre de la Société Royale de Londres.

On sait que cette illustre Académie a compté parmi ses membres Newton, Dalton, Harvey, Faraday, Robert Brown, etc.

— Un concours sera ouvert le 2 juillet 1894, pour sept places d'internes en médecine et chirurgie, à l'hôpital Saint-Joseph (Paris).

— La première épreuve du concours du bureau central (médecine), a eu lieu hier.

La question posée était la suivante : Entérite tuberculeuse.

Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : Leucocythémie ; cancer du poumon.

La première séance de lecture des copies aura lieu lundi à cinq heures dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

— Un concours s'ouvrira, le 19 novembre 1894, devant l'Ecole de médecine d'Amiens pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

Distinctions honorifiques. — Nomination au grade d'officier de l'instruction publique de M. le docteur Chipault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

A l'occasion de l'épidémie de diphtérie de 1894, M. le docteur Warnaut (de Fromelennes) a reçu une médaille d'argent.

M. le docteur Lecourt (de Cautebert) a reçu une médaille d'argent et M. Georges Lévy, ancien interne à la maison Saint-Lazare, à Paris, une mention honorable, à l'occasion d'épidémies de variole.

— Le tribunal de Compiègne vient de décider que si un syphilitique se marie et donne la syphilis à sa femme au début du mariage, celle-ci peut obtenir le divorce à son profit et même des dommages et intérêts.

Il est vrai que pour qu'il en soit ainsi il faut qu'il résulte des circonstances de la cause que le mari avait conscience de son état maladif au moment où s'est fait le mariage.

— La Société anglaise hygiénique religieuse a décidé de consacrer les sermons de la septième semaine après la Pentecôte aux questions d'hygiène. On prêchera sur la nécessité de la propreté du corps, sur l'importance d'un air pur, d'une lumière abondante, etc.

Les maladies vénériennes dans l'armée anglaise. — D'après les chiffres communiqués à la Chambre des communes par le secrétaire d'Etat de la guerre, l'armée anglaise, sur un otal général de 196,534 hommes sous les armes, compteraient 52,155 entrées dans les hôpitaux pour maladies vénériennes ; soit plus du quart de l'effectif.

Cela représenterait pour la France plus de cent mille entrées dans les hôpitaux pour maladies vénériennes. Or, nous sommes loin de compte, ce qui résulte incontestable. ment des excellentes mesures prophylactiques prises dans notre pays. L'on sait que ces mesures avaient été prises également par les Anglais qui s'en étaient fort bien trouvés ; malheureusement, comme elles choquaient la pudeur de quelques-uns de nos voisins, on a dû les rapporter.

Faculté de médecine de Paris. — Concours. — 1° Pour le clinicat médical; 2° Pour le clinicat des maladies mentales; 3° Pour le clinicat des maladies des enfants.

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de clinique des maladies mentales, de clinique des maladies des enfants s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 25 juin 1894, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu :

1° Pour le clinicat médical : à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de quatre chefs de clinique adjoints ;

2° Pour le clinicat des maladies mentales : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint;

3° Pour le clinicat des maladies des enfants : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

—

Le foie dans les maladies infectieuses

Les altérations du foie dans les maladies infectieuses ont depuis longtemps attiré l'attention des observateurs. On les étudie actuellement avec d'autant plus de soin que les fonctions multiples du foie font pressentir les troubles que les lésions profondes de cet organe doivent apporter dans la nutrition générale.

I

Le foie, dit infectieux, vient d'être l'objet de beaux travaux de Hanot et Gastou, qui ont mis en évidence certaines lésions jusqu'ici mal connues et montré que sa caractéristique était la *plaque infectieuse*.

Dans l'hépatite infectieuse aiguë le foie est, dans la règle, augmenté de volume, mais conserve sa forme ; il est très mou si la maladie a une marche très rapide. Dans ce dernier cas aussi la congestion est très intense, tandis que l'anémie domine dans les cas moyens. Les plaques blanches errent de préférence sur la face convexe de l'organe et varient comme étendue du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de cinq francs. Elles ne font pas saillie, mais revêtent parfois une apparence granulaire très nette. Si alors elles sont très petites, il y a comme un aspect qui rappelle absolument celui du foie muscade ; mais c'est un foie muscade interverti, car le centre du lobule est blanc et la périphérie rouge. Dans une forme que M. Gastou désigne sous le nom de foie hémorrhagique, la veine centrale du lobule est assez dilatée pour constituer une ecchymose pointillée ; souvent alors il y a un pointillé hémorrhagique sous la capsule (septicémie, éclampsie). Dans le foie urémique qui ressemble aux foies infectieux et appartient surtout à l'évolution chronique, l'aspect jaunâtre est uniforme avec un fin pointillé vasculaire. Un degré de plus et on a le foie gras. Naturellement l'aspect des foies est variable s'il y a coloration interne par la bile, s'il s'est produit des abcès dans le parenchyme, etc.

Histologiquement, le foie infectieux a été étudié par un certain nombre d'auteurs. Hayem a décrit des taches métastatiques constituées par des amas de cellules embryonnaires, Hanot et Legris le nodule embryonnaire infectieux. Ces nodules infectieux ne se voient guère que dans la tuberculose intestinale, la fièvre typhoïde. Ils siègent à la périphérie du lobule, près des fissures et des veines sus-hépatiques, quelquefois en plein parenchyme lobulaire. Siredey les regarde comme formées par des cellules rondes produites par le tissu conjonctif sans qu'il y ait de participation des cellules hépatiques qui sont simplement refoulées, les artères et les capillaires étant, du reste, le point de départ et le centre d'évolution de toutes les déterminations d'ordre infectieux. Pour Hanot et Legris, au contraire, les noyaux des cellules hépatiques prennent une large part à la formation des nodules.

Gastou admet que l'évolution de l'hépatite infectieuse se fait en trois stades.

Dans la période de début, la seule que l'on observe dans le cas de mort précoce, l'hépatite est diffuse, à la fois interstitielle et parenchymateuse. Il y a infiltration embryonnaire des espaces porte, de la partie périphérique et centrale du lobule. Endopériphlébite et thromboses veineuves avec lésions d'endartérite, périengiocholite, endocapillarite, tuméfaction des cellules et multiplication de leurs noyaux, et, enfin, nodules infectieux.

A la période d'état, on trouve des dégénérescences cellulaires multiples avec infiltration embryonnaire fatale; il se fait une ébauche de cirrhose circulaire ou annulaire, uni ou multi-lobulaire, mais toujours intra-lobulaire et inter-cellulaire.

Enfin vient la période de terminaison dans laquelle la *cirrhose infectieuse* se constitue.

Cliniquement, l'hépatite infectieuse aiguë est souvent complètement effacée par l'ensemble des signes de la maladie dont elle est une des lésions, et le diagnostic en est souvent impossible, dit Gastou, en dehors de l'ictère, de la décoloration des matières, de l'augmentation de volume du foie et de l'hépatalgie qui sont des signes d'infection biliaire.

Voici comment Gastou caractérise l'hépatite infectieuse la plus commune: inanition et amaigrissement rapides, teinte terreuse du visage et de la peau qui est sèche ou présente des éruptions hémorrhagiques et prurigineuses, présence d'œdèmes sans albuminurie, inappétence, alternatives de diarrhée et de constipation, décoloration et fétidité des selles, troubles nerveux, sueurs froides profuses, somnolence et stupeur. On peut constater en même temps les signes de l'insuffisance hépatique : glycosurie alimentaire, urobilinurie, diminution de l'urée.

L'hépatite infectieuse peut prendre la forme de l'ictère grave, et anatomiquement on trouve alors la nécrose totale des cellules. Enfin il peut aussi se faire des abcès qui dépendent, dans l'immense majorité des cas, d'une infection surajoutée.

Très habituellement, il est difficile de découvrir les microbes dans les coupes du foie ; d'une part, ils peuvent être disparus au moment de l'examen, d'autre part, il est vraisemblable qu'il s'agit, dans beaucoup de cas, de lésions dues aux toxines. Legry a eu 6 fois sur 11 des cultures positives du bacille d'Eberth en ensemençant du foie de typhiques, 6 fois également il a trouvé des bacilles sur les coupes, et ce n'était pas toujours dans les cas où la culture était positive. Les microbes se trouvèrent dans les capillaires et les veines sus-hépatiques.

Legry a obtenu une culture positive avec le foie d'un fœtus de 6 mois expulsé au cours d'une fièvre typhoïde. On a trouvé le bacille du choléra dans le foie mais il s'agit, dans ce cas, d'un envahissement post-mortem (Lesage), car les organes des cholériques autopsiés immédiatement après la mort ne renferment pas de bacilles. Dans le cas d'entérite infectieuse, Gastou a trouvé une fois des gros micrococques dans les capillaires ; il a pu y déceler la présence du bacille de Lœfler et de micrococques dans un cas de diphtérie. Dans des cas de rougeole, de pneumonie, de broncho-pneumonie, de variole, Gastou a trouvé des micrococques, des diplocoques divers, mais d'une façon très inconstante

On a trouvé nombre de fois le bacille tuberculeux.

Mais les maladies infectieuses ne s'accompagnent pas seulement de lésions

du parenchyme hépatique, elles rétentissent sur les voies biliaires et donnent lieu à des cholécystites et a des cholites. La plus connue de ces affections biliaires secondaires est celle que l'on rencontre parfois dans la fièvre typhoïde. D'une manière générale ces infctions peuvent être mono-bactériennes ou poly-bactériennes, dépendre du microbe de la maladie primitive seul ou associé, ou ne relever que d'inflammations secondaires.

Gilbert et Girode ont aspiré en pipette et examiné une demi-heure après le pus contenu dans la vésicule d'un typhique mort avec symptôme d'infection biliaire, et ont noté le bacille d'Eberth pur. Dupré a pu retirer le bacille d'Eberth de la bile extraite de la vésicule d'un typhique vivant. H. Chiari a aussi trouvé sur un cas de cholécystite suppurée le seul bacille d'Eberth. Gilbert et Dominiri ont pu réaliser expérimentalement l'infection de la bile en injectant des cultures du bacille d'Eberth dans le canal cholédoque du lapin et il s'est produit des angiocholites et des cholécystites bien nettes. L'infection des voies biliaires au cours de la dothiénenthérie est loin d'être constante, de plus elle peut relever d'autres microbes de l'intestin, surtout du coli-bacille et du streptocoque. L'infection par le bacille typhique peut évoluer sur place après la guérison de la fièvre typhoïde et engendrer des lésions mortelles. Il est probable qu'elle peut être l'origine d'une lithiase bilaire secondaire, de plus, si cette lithiase existe au moment de la dothiénenthérie elle joue le rôle de cause d'appel local par l'infection biliaire (Dupré). L'infection typhoïde entraîne de l'hypercholie par suite des altérations de la cellule hépatique et les bacteries qui se trouvent dans l'intestin pénètrent dans les voies biliaires.

Les symptômes de l'infection typhique sont variables. Ils peuvent être nuls, la complication restant latente; d'autres fois ce sont ceux de l'angiocholite et de la cholécistite: douleurs dans l'hypochondre droit, gonflement de la vésicule, vomissements, ictère.

L'ictère a été observé dans la fièvre typhoïde. Notre excellent maître, M. Labadie-Lagrave, a relevé dans son traité des maladies du foie les statistiques données par différents auteurs : Lubermister, en 1,420 cas de fièvre typhoïde a observé l'ictère 26 fois; Hoffmann, en 250, 10 fois; Griainger, sur 300, 10 fois ; Biermer, en 695, 1 fois. Il est évident qu'il ne s'agit pas toujours d'une myocolite, mais cette dernière est certainement la cause de l'apparition du symptôme dans la grande majorité des cas. D'autre part, l'ictère est aussi plus rare que l'infection biliaire qui ne le produit pas nécessairement. On peut observer des cures de fièvre typhoïde sans ictère et Leudet a signalé des faits de ce genre. La marche et la terminaison de l'infection biliaire dans la dothiénentérie sont très variables.

Dupré a insisté sur le cas ou l'ictère se montrant au cours d'une fièvre typhoïde classique et la maladie évoluant régulièrement, puis la convalescence, l'ictère persistant, est interrompue par une rechute. On peut admettre que dans les faits de ce genre, les bacilles typhiques qui se trouvent dans les voies biliaires réinfectent l'intestin.

Dupré a aussi montré que, à la suite d'une fièvre typhoïde, une infection biliaire peut couver longtemps, d'une façon latente, dans les voies biliaires. On voit alors, à un moment donné, apparaître les signes d'une angiocholite grave greffée sur une lithiase ancienne ou récente. Dans le cas de Dupré les premiers signes de lithiase apparurent six mois après la guérison de la

fièvre typhoïde, et on dut intervenir chirurgicalement ; l'infection biliaire ne dépendait que du bacille d'Eberth. Il est très probable qu'une infection produite dans la fièvre typhoïde est l'origine de beaucoup de cas de lithiase: Dufourt a réuni 14 observations dans lesquelles on peut dire qu'il y a eu infection biliaire dothiénenthérique avant l'apparition des premiers symptômes dus aux calculs.

Les lésions de l'infection biliaire typhique sont d'abord légères et superficielles. C'est l'angiocholite catarrhale aiguë des grosses voies biliaires ; il y a infiltration diffuse, mais prédominante en certains points de la couche sous-muqueuse, par des cellules embryonnaires. Mais l'angiocholite devient souvent ulcéreuse et les ulcérations provoquent souvent des perforations suivies de péritonites généralisées ou localisées.

Il est encore une maladie infectieuse dans laquelle l'ictère apparaît, et a donné lieu à beaucoup de discussions ; nous voulons parler de la pneumonie. Pal, dans un travail récent, a montré que là, comme dans les autres maladies infectieuses, il s'agissait non d'un catarrhe duodénal, comme on l'a cru longtemps, mais d'une affection du foie dépendant de la maladie générale. Souvent, malgré l'existence de l'ictère et la présence des pigments biliaires dans l'urine, on constate que les matières sont colorées; l'ictère apparaît ordinairement en même temps que la pneumonie, atteint son maximum au même moment que cette dernière, et se termine en général avec elle. Le catarrhe gastro duodénal peut cependant exister dans le cours de la pneumonie (Heiller, Pal), mais il est loin d'être la règle. La pneumonie dite biliaire, sur laquelle on a tant écrit, pourrait exister qu'il y ait ou non obstruction du canal cholédoque, l'ictère ayant dans ces deux cas la même pathogénie, dépendant de l'infection générale ; l'obstruction cholédoque surviendrait sans catarrhe duodénal comme affection propre du canal lui-même, et non comme une complication à point de départ gastrique.

Dans une prochaine revue nous étudierons les conséquences éloignées du foie infecté, c'est-à-dire les cirrhoses d'origine infectieuse, chapitre de pathologie qui s'ouvre à peine.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le procès-verbal donne l'occasion à plusieurs membres de la savante Société d'exprimer leur opinion sur les questions traitées dans la dernière séance.

C'est d'abord M. Michaux qui, lui aussi, a expérimenté *l'anesthésie par l'éther*. D'après les résultats de sa pratique, basés sur 100 cas, il n'y aurait qu'à se louer de cet agent administré dans certaines conditions, c'est-à-dire en l'évitant dans les opérations sur le ventre, sur la face, et chez les vieux bronchitiques ou les emphysémateux. M. Michaux emploie aussi le masque de Julliard : il use, en général, de 100 à 150 grammes d'éther pour les opérations de une heure à une heure et demie, et n'a jamais dépassé 200 grammes. Le sommeil est complet ; il y a bien une légère cyanose de la face, des râles stertoreux, mais pas la moindre alerte. Si on considère que la mortalité n'est que de 1 pour 14,000, quand dans le chloroforme elle arrive à 1 pour 3 ou 4,000, on en conclura qu'il faut préférer l'éther qui, du reste, donne un réveil rapide et moins de malaise que le chloroforme.

Il faut savoir l'administrer, nous dit M. MONOD qui s'en est aussi servi tout dernièrement ; car, si on donne de petites doses, on perdra son temps, on n'endort son malade que très lentement. Il n'en est pas de même si on administre 10, 15 à 20 grammes de cet agent d'un coup, et cette petite discussion se termine par l'intervention de M. SEGOND qui rappelle que son point de départ a été le bromure d'éthyle et qui, rappelant les conclusions de M. Villeneuve (de Marseille), considère que ce chirurgien administ e mal cet agent anesthésique, s'il lui a fallu de 5 à 8 minutes pour endormir ses sujets ; car, en moyenne, 1 ou 2 minutes suffisent.

On se souvient de la communication de M. Terrier dans la dernière séance et c'est à ce propos que M. RICHELOT prend la parole. Il a eu, lui aussi, des succès inattendus par la simple laparotomie, et il en cite plusieurs exemples. C'est d'abord une femme, ayant la cavité pelvienne remplie d'un processus fibreux qui englobait tous les organes et qui, par la simple ouverture du ventre, fut améliorée dans des proportions considérables. C'est, en ce qui a trait à l'estomac, un homme atteint d'un cancer de cet organe, chez lequel la gastrostomie ne fut même pas possible à cause de l'infiltration de la paroi antérieure de ce viscère et qui qui fut guéri momentanément par la simple incision exploratrice, et c'est encore un autre malade, âgé de 59 ans, hystérique, atteint de vomissements incoercibles et chez lequel le diagnostic de cancer stomacal fut porté par M. Rigal. Il n'y avait eu, il est vrai, que des vomissements alimentaires et jamais d'hématémèse. La pylorectomie décidée, M. Richelot intervint, trouva un estomac dilaté, c'est vrai, mais sain et souple dans toutes ses parties, et qui, bien entendu, fut laissé sans intervention. Les vomissements disparurent à partir de l'opération pour ne plus reparaître et la guérison s'ensuivit. M. BOULLY cite aussi des faits dans lesquels il existait des symptômes bien nets de cancer de l'estomac, y compris même des plaques indurées qu'on pouvait facilement sentir à travers la paroi abdominale et qui guérirent, et il attribue ces faits étranges à des phénomènes d'inflammation à marche lente susceptibles de guérir, même spontanément. C'est aussi l'avis de M. QUÉNU et celui formulé par M. TERRIER qui fait cependant remarquer que, comme le diagnostic n'est pas certain et que la laparotomie est absolument inoffensive, cette dernière est par conséquent indiquée.

Passons maintenant à un rapport de M. KIRMISSON, sur une observation de *résection de la hanche* due à M. Calot (de Berck-sur-Mer).

Coxotuberculose, tel était le diagnostic facile à faire à cause de la suppuration qui se montrait par plusieurs fistules. Il fallait agir, à cause de l'état du petit malade et comme tous les traitements avaient été tentés, la résection de la hanche restait seule comme dernière ressource. Elle fut pratiquée, la tête du fémur dut être enlevée et permit alors de réséquer une partie de l'acétabulum qui ne tenait plus que par quelques parties nécrosées ; mais les dégâts s'étendaient plus loin et M. Calot dut se porter sur la diaphyse remplie de foyers caséeux. Le périoste en fut décollé et elle fut réséquée sur une longueur de 16 centimètres, après quoi il n'existait plus que 18 centimètres de fémur. Le shock fut considérable ; le petit malade se remit bien, fut pansé sans réunion des parties et placé dans un appareil silicaté et fenêtré. Au bout de deux mois, l'opéré quittait son lit et la guérison ne tardait pas à s'affirmer et à devenir complète.

Tous les mouvements sont aujourd'hui possibles. La marche est facile et se fait sans fatigue. Le raccourcissement n'est à l'heure actuelle que de 10 centimètres.

Cette observation, comme le fait remarquer M. Kirmisson, est curieuse à cause de la quantité d'os enlevé, et pour sa part, le rapporteur ne connaît pas de résection de la hanche aussi étendue.

Quel rôle a joué la gaine périostique? Est-ce à elle qu'il faut attribuer le travail de réparation? Certes, en majeure partie d'après l'observation clinique de M Calot, car le fémur a aujourd'hui 33 centimètres, il y a donc eu 15 centimètres d'os reproduit. Le membre du côté opposé a grandi de 4 centimètres ce qui donne le travail de l'épiphyse inférieur. Il reste donc 11 centimètres d'os refait par la gaine périostique. Les reins étaient en bon état chez cet enfant; ce qui, comme le fait remarquer le rapporteur, a une importance capitale au point de vue du succès opératoire.

M. Schwartz a aussi fait une résection de la hanche dans des conditions à peu près semblables. Il existait une luxation pathologique; mais l'état général de l'enfant, âgé de 13 ans, était bon; ses reins étaient sains et l'opération sanglante était sa seule chance de salut. M. Schwartz réséqua 14 centimètres de la draphyse fémorale. Au bout de 4 mois, l'enfant sortait de l'hôpital. Actuellement, il a 12 centimètres de raccourcissement, ce qui ne l'empêche pas de faire sans inconvénients des courses de six kilomètres. M. Monod a aussi dans sa pratique trois cas de résection très étendue portant sur la diaphyse fémorale terminée par la guérison. Il ajoute, pour sa part, une grande importance au point de vue des fonctions ultérieures du membre à la possibilité pour le malade qui a été opéré de pouvoir détacher le talon du plan du lit.

La séance se termine par une communication de M. Félizet, sur la très curieuse observation d'une *pièce de monnaie restée pendant 7 jours dans l'œsophage.* C'est bien entendu d'un enfant qu'il s'agit. Les deux premiers jours les symptômes furent peu intenses; l'enfant pouvait s'alimenter comme si l'œsophage était libre, et l'émétique qui lui fut donné amena des vomissements qui passèrent fort bien; mais sans entraîner le corps étranger. Bientôt il y eut de la douleur au niveau de l'ombilic; on administra des bouillies à l'enfant, on surveilla ses garde-robes, on pratiqua même le toucher rectal; mais la pièce de monnaie n'avait pas bougé. L'exploration à l'aide d'une sonde fut pratiquée et celle-ci s'arrêta à 20 centimètres de l'arcade dentaire. On était au cinquième jour; purgatifs et vomitifs n'avaient rien fait, pas plus que le bromure de sodium pris en lavement et destiné à annihiler les réflexes. L'état allait en s'aggravant et le 7e jour les douleurs devinrent telles, la réaction se fit intense, menaçant le médiastin, il fallut intervenir; mais de quelle façon? L'*œsophagotomie externe* était-elle possible? Le corps étranger était d'abord assez bas et M. Felizet nous dit avec raison, que cette opération est impossible sur un enfant de quatre ans. La *gastrostomie* restait seule à faire; car elle répondait à une double indication : alimenter le petit malade et par un cathétérisme rétrograde aller chercher ultérieurement le corps étranger. Cette opération réussit fort bien et M. Félizet put bientôt passer une sonde à travers l'œsophage et la faire pénétrer dans l'estomac. Il conçut alors le plan d injecter dans la cavité stomacale par la bouche nouvellement formée,

du sirop d'ipéca qui provoquerait des vomissements et pousserait la pièce de monnaie, qui suivrait la sonde agissant comme conducteur. Il n'en fut pas cependant tout à fait ainsi, et ce n'est qu'en retirant la sonde que la pièce s'engagea dans l'œil de celle-ci et put être ainsi amenée à l'extérieur.

Eugène ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

La chirurgie du cerveau a donné lieu, dernièrement, à d'intéressantes communications dans les sociétés et la presse de la Grande-Bretagne, et nous allons donner ici le résumé des travaux les plus importants.

Commençons par une lecture de MM. Ord et Waterhouse, faite le 5 mars à la *medical Socéité*, de Londres, et ayant trait au *traitement de la méningite tuberculeuse par le drainage de l'espace sous-arachnoïdien.*

Il s'agit d'une petite malade, entrée le 23 octobre 1893 à l'hôpital. Elle avait joui d'une excellente santé jusqu'au milieu du mois de septembre, époque à laquelle était apparue une violente céphalalgie. Depuis, la céphalée avait persisté. L'enfant, devenue irritable, avait perdu l'appétit ; elle vomissait fréquemment et avait une constipation persistante.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle souffrait de la tête. Son sommeil, très agité, était interrompu par instants par un cri perçant. La température était de 38°1 ; le pouls à 104 était régulier mais faible ; il y avait 20 respirations par minute. La raie méningitique était très marquée. Du côté des yeux on constatait un léger degré de névrite optique.

Les jours suivants l'état s'aggrava. L'enfant, couchée en chien de fusil, se plaignait constamment. Le ventre était rétracté ; les vomissements avaient disparu, mais l'appétit était nul.

Le pouls présentait quelques irrégularités ; la température oscillait autour de 38° et la respiration était régulière. La névrite optique s'accentuait ; elle était plus prononcée à gauche qu'à droite.

On porta le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Le coma ne devant pas tarder à se manifester dans ces conditions, on pensa qu'il fallait trouver un moyen de s'opposer à l'augmentation de la pression intra-crânienne. Si on laissait les choses suivre leur cours la mort devrait être très rapidement le résultat de la compression exercée sur le cerveau par le liquide céphalo-rachidien produit en trop grande quantité.

Dans ces conditions, MM. Ord et Waterhouse résolurent d'ouvrir l'espace sous-arachnoïdien et de le drainer pendant quelques jours. Après avoir hésité entre l'ouverture au niveau du cerveau ou au niveau de la moelle ils optèrent pour l'intervention au niveau de la boîte cranienne.

La fillette fut chloroformée. On fit une incision au niveau de la fosse cérébelleuse de l'occipital, commençant au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde et se terminant à la crête occipitale externe. Une couronne de trépan fut appliquée au milieu de la partie mise à nu par l'incision. La dure-mère fit une saillie très marquée quand la rondelle osseuse fut enlevée ; on l'incisa ainsi que l'arachnoïde. Une sonde d'argent fut placée dans l'espace sous-arachnoïdien, au-dessous du cervelet ; il s'échappa une certaine quantité de liquide clair par la sonde qu'on remplaça par un drain qui fut laissé à demeure.

La dure-mère fut alors enlevée ; on remit à sa place la rondelle osseuse enlevée par le trépan après avoir eu soin de la diviser en plusieurs morceaux. L'ouverture faite par le trépan fut ainsi oblitérée sauf au point où passait le drain.

Les suites de l'opération ont été très favorables. Le drain fut laissé en place jusqu'au 13 novembre, et l'enfant guérit.

Voici en résumé la discussion qui suivit cette communication.

M. Walsham a, dans un cas semblable, pratiqué une ouverture à travers une des vertèbres cervicales. Il considère cette opération comme présentant plusieurs avantages sur la trépanation de l'occipital L'enfant mourut et l'autopsie montra qu'il ne s'agissait pas de tuberculose, bien que la pression intra-cranienne fut très considérable.

Le drainage, dit le docteur Pasteur, est une opération courante à Midlessex hopital. On la pratique toutes les fois qu'on a des symptômes accentués de pression intra-cranienne. On pratique l'ouverture à la région lombaire. Malgré qu'on fasse l'opération avant la période comateuse, l'amélioration n'est que temporaire.

M. Battle insiste sur la nécessité de recourir de bonne heure à une intervention chirurgicale. Il est indispensable de pratiquer un drainage permanent. Quant à la replantation du fragment osseux, c'est une complication inutile.

M. Bidwel a fait des autopsies d'enfants morts sans symptômes de méningite et il a découvert des tubercules calcifiés : ils avaient eu dans leurs commémoratifs des attaques convulsivés. Bien des cas de soi-disant méningite tuberculeuse ne sont que des maladies de l'oreille moyenne.

M. Waterhouse explique les motifs qui lui ont fait préférer la région occipitale et marque l'importance du drainage permanent. Il espère que cette pratique s'étendra plus tard au traitement d'autres affections.

Le docteur Ord blâme l'ouverture par le canal rachidien en cas de méningite tuberculeuse. L'inflammation intercepte, en effet, souvent toute communication entre la partie rachidienne et encéphalique du canal. Il croit que le succès est dû au drainage permanent.

Rapportons maintenant un fait d'

Hémorrhagie provenant d'une branche de l'artère méningée moyenne, soignée par la trépanation et suivie de guérison

MM. Relton et Haslam ont observé un cas de ce genre chez un jeune homme de seize ans et demi, fort et vigoureux, qui reçut une balle de « cricket » au dessus de l'oreille droite. Le coup ne produisit qu'un étourdissement ; mais *une heure après* le blessé se sentit malade et tomba bientôt dans un état presque comateux. Sa respiration était quelque peu stertoreuse, les pupilles étaient égales et réagissaient, le pouls était lent et dur, la température était baissée.

Trois jours après l'accident, on remarqua dans la jambe gauche un début de paralysie qui s'étendit dans la soirée jusqu'au bras gauche puis jusqu'à la partie gauche de la face. Le jour suivant, la paralysie était plus marquée et les réflexes abolis ; la sensibilité était nulle du côté paralysé.

Cinq jours après l'accident, on fit une trépanation au-dessus de l'oreille ; la dure-mère apparut saine et ce n'est qu'après avoir enlevé une seconde rondelle osseuse au-dessus de la première, qu'on put constater un suintement sanguin provenant de la dure-mère ; on fit une troisième application de trépan au-dessus et en arrière de la précédente et en passant une curette entre l'os et la dure-mère, on retira une petite quantité de sang récemment coagulée.

Il devint alors évident qu'il existait une hémorrhagie provenant sans doute d'une des

plus petites ramifications de la branche postérieure de l'artère méningée moyenne. L'hémorrhagie paraissant légère, l'opération ne fut pas continuée. On pensa que l'enlèvement du sang épanché permettrait au cerveau de reprendre sa situation normale, et, par le fait de son expansion, une nouvelle hémorrhagie ne pourrait se produire. La plaie fut donc suturée.

Après l'opération, on examina soigneusement les fragments d'os enlevés et on remarqua une fissure de la table interne, siégeant sur la troisième rondelle osseuse enlevée par le trépan.

Trois jours après l'opération le malade était plus conscient ; l'hémiplégie était encore à peu près complète, mais le réflexe plantaire était plus marqué.

Six jours après, la plaie était presque guérie, sauf en un point où il existait une tuméfaction fluctuante. A cet endroit on plaça un tube à drainage qui permit l'écoulement de 30 grammes de sang clair. Le malade alla bien pendant quelques jours puis il recommença à souffrir de la tête ; la plaie était tuméfiée et le sang s'en échappait.

Quinze jours après, la température monta, pour la première fois, juspu'à 38°3. Le jour suivant on pratiqua une ouverture et on retira un peu de pus. A partir de cette époque la guérison s'effectua sans interruption.

Cinq mois après l'opération le malade fut examiné, il était très bien. Les muscles paralysés avaient repris leur force et leur ton. Il n'existait aucun trouble sauf une hémiopie qui disparut cependant. Le malade avait eu, par instants, de la diplopie qui provenait d'un rétrécissement du champ visuel à gauche.

MM. Relton et Haslam font suivre cette observation des remarques suivantes :

1° L'histoire et le début démontrent clairement qu'il y avait eu une compression cérébrale graduellement croissante, produite par une hémorrhagie provenant d'une petite branche de l'artère méningée moyenne ;

2° La perte de connaissance ayant précédé la paralysie de trois jours, démontrait que le siège de l'hémorragie n'était pas directement sur la zone motrice ;

3° La paralysie pouvait s'expliquer soit par une altération de la zone motrice consécutive à l'augmentation graduelle de la pression cérébrale, soit encore par une pression exercée sur les fibres qui, émanées de la couche corticale, vont passer à travers la partie postérieure de la capsule interne.

4° Ce qui fut trouvé pendant l'opération semble confirmer cette dernière hypothèse. On ne constata pas, en effet, l'existence d'un gros caillot directement appliqué sur la zone motrice ; on trouva que le siège de l'hémorrahie était en arrière et au-dessous de cette zone. Enfin les troubles de la vision (hémiopie et diplopie), montrent qu'il y avait compression des fibres se rendant du lobe occipital au globe oculaire ;

5° L'opération avait été pratiquée bien que le malade n'ait pas perdu tout à fait connaissance, parce qu'on cherchait à trouver le foyer de l'hémorragie et à arrêter le sang ou bien, si on n'y arrivait pas, on cherchait à permettre un libre écoulement du sang. On voulait ainsi supprimer la compression exercée sur le cerveau et lui rendre de cette façon sa libre expansion qui lui permettrait sans doute d'exercer une pression sur le siège de l'hémorragie. Si l'hémorragie avait cessé d'elle-même et sans l'intervention opératoire, le caillot, à moins qu'il se fût résorbé complètement, aurait encore comprimé le cerveau ;

6° Les deux hémorrhagies ultérieures à l'opération ne produisirent aucun mauvais effet parce que le sang pouvait s'échapper en dehors de la boîte cranienne par une simple ouverture de la plaie ;

7° Ensuite il n'y eut plus d'écoulement de sang, sans doute parce que le cerveau avait repris sa position normale et pressait la dure-mère contre l'os ;

8° L'amélioration qui suivit l'opération et la guérison complète consécutive justifient pleinement l'intervention chirurgicale (*Lancet*, 24 février 1894).

Enfin, terminons par une observation de M. Mansell Moulin, qui rapporte à la Société clinique un cas d'**abcès cérébral**, chez un enfant de 14 ans, à la suite d'un traumatisme de la région mastoïdienne.

On ouvrit un abcès situé à la partie superficielle du périoste, ce qui procura un soulagement. Une semaine après, nouvelle intervention et incision du périoste. Quelques jours plus tard, survinrent des symptômes de compression cérébrale avec névrite optique droite. On trépana à l'endroit du lobe temporo-sphénoïdal. La dure-mère était saine. On introduisit un trocart et une canule dans des directions variées sans aucun résultat.

Enfin on parvint à extraire une petite quantité de liquide du ventricule latéral.

Le patient mourut 24 heures après dans le coma. On trouva à l'autopsie un abcès ancien enkysté dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche. L'abcès était donc resté latent un certain temps pour prendre tout à coup une allure aiguë.

Ce fait démontre qu'à côté des suppurations de l'oreille moyenne le traumatisme peut être aussi invoqué comme cause des abcès cérébraux, quoique le fait soit assez rare. C'est ce que fit faire à M. Mansell Moullin cette question par un de ses collègues, M. Barker : « L'enfant n'était-il pas, avant sa chute, atteint d'une affection auriculaire ? » Il paraît que non.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants

L'incontinence essentielle est très difficile à traiter, le médecin, la famille doivent s'armer de patience et ne pas craindre d'essayer successivement diverses médications après avoir suffisamment persévéré dans chacune d'elles.

1. *Traitement hygiénique*. — Faire coucher l'enfant le bassin élevé. Repas presque sur le soir; au contraire donner le matin de l'eau de Vittel ou de Contrexéville en grande quantité et obliger les enfants, dans la journée, à résister aux besoins. Faire réveiller le petit malade une ou deux fois chaque nuit et essayer de retarder ces réveils. Lavements froids (Blache). Traiter l'anémie, la scrofule coïnciderait souvent.

2. On admet l'*atonie du sphincter*. — Electrisation (Guyon) avec une sonde métallique que l'on porte à son niveau et que l'on fait communiquer avec le pole négatif d'une pile, le pole positif étant placé sur le pubis; courants faibles à 2 ou 3 séances de 1 à 5 minutes par semaine. Généralement, si l'on doit revenir, 12 à 15 séances suffisent.

Sirop de sulfate de strychnine de 2 à 4 cuillerées par jour ;

Ou :

Extrait de noix vomique............	0 gr. 20	
Oxyde noir de fer..................	1 —	
Poudre de géranium................	1 —	
Sirop	91 —	

Pour 20 pilules, 1 à 3 par jour (Grisolle).

ou Ergotine........................	1/2 à 1	gramme
ou seigle ergoté...................	0,10 à 0,15	—
Poudre d'aloès....................	0,01 à 0,02	—

Pour une pilule, de 2 à 4 par jour (Bloch).

3° C'est *l'irritabilité vesicale* qui semble la cause de l'incontinence.

Traitement par la belladone :

Extrait de belladone................	0 gr. 15
Camphre..........................	1 —
Cartoréum..........................	1 —

Pour 20 pilules, une le soir (Faure).

Ou en suppositoires ;

Ou : bromure de potassium, 2 grammes le soir en plusieurs fois dans une potion.

Ou : antipyrine, 0 gr. 50 à 1 gramme.

4° On peut quelquefois réussir par le traitement psychopathique et sans aller jusqu'à la suggestion, tâcher de persuader le malade de sa guérison imminente, le faire s'endormir sans qu'il pense sans cesse à l'accident qu'il redoute. La suggestion vraie a donné des succès.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel des amputations du pied,

Par G. Roux de Brignoles, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, précédé d'une préface de M. L. Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut. 1 vol., relié toile avec 90 figures et planches. — Paris, Masson, 1894.

Ce livre, comme le dit M. Ollier dans la préface par laquelle il présente l'ouvrage au public, est destinée à rendre les plus grands services, non seulement aux étudiants qui veulent s'exercer à la pratique des opérations sur le cadavre, mais aux chirurgiens qui ont besoin de prendre une idée exacte des procédés pour pouvoir les comparer entre eux et choisir le plus approprié au malade qu'ils ont sous les yeux. Cet ouvrage est en même temps une sorte d'atlas de l'anatomie topographique du pied. Grâce au format qui a été choisi, on a pu donner, en effet, au 90 figures qui illustrent ce manuel un développement qui en fait de vraies planches d'anatomie.

COURRIER

Concours du bureau central.—Chirurgie : Sont admissibles : MM. Albarran, Sébileau, Thiéry, Beurnier, Rieffel, Chevalier, Legueu, Demoulin.

La question donnée à l'examen de médecine opératoire était la suivante: *Ligature de la carotide externe ; ablation du cinquième métacarpien en respectant l'auriculaire.*

— Autrefois, à Dorpat, dans les provinces baltiques de la Russie, il existait une université de langue allemande dont les professeurs étaient tous allemands. Depuis quelques années le gouvernement russe poursuit avec ténacité la russification de la province en générale et de l'université en particulier. La langue russe y est devenue la langue universitaire et officielle, et à mesure que disparaissent les professeurs allemands, ils sont remplacés par des russes.

Actuellement, par suite de la retraite du docteur Thomas, professeur d'anatomie pathologique, remplacé par le docteur Nikiforow, prosecteur à Moscou, les professeurs ordinaires de nationalité russe sont au nombre de quatre sur onze.

Ils occupent les chaires de maladies mentales, pathologie interne, accouchements et enfin d'anatomie pathologique, comme on vient de le voir.

Modification du tarif des opérations médico-légales. — Le budget du ministère de la justice pour 1895 présente une augmentation de 122,000 francs sur l'année 1894.

Le décret du 21 novembre 1893 modifiant le tarif des opérations médico-légales et rendu en exécution de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine exige un crédit de 90,000 francs. Cette somme correspond : 1° à l'élévation du tarif qui a fondu en une

seule classe les trois classes existant antérieurement ; 2° à la majoration du prix des autopsies et à leur division en plusieurs catégories qui n'existaient pas auparavant ; 3° aux vacations allouées pour les rapports.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 mai 1894, la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— M. Matignon, aide-major de 3e classe, est nommé médecin de la légation française à Pékin.

— Le professeur Cornil a été choisi comme rapporteur au Sénat du projet de loi sur l'assainissement de la Seine.

— On lit dans un journal du matin :

« Les médecins de l'Assistance publique ont commencé l'étude d'un projet de désaffectation de l'hôpital Trousseau ; les terrains de ce grand établissement seraient vendus et le produit de cette aliénation servirait à la construction de plusieurs petits hôpitaux d'enfants dans différents quartiers de Paris. »

— Mentionnons à Loudun, au milieu d'une grande affluence, l'inauguration d'une statue élevée par sa ville natale à Théophraste Renaudot. Sur le piédestal du monument se voit le médaillon de Hatin, historien du grand philanthrope. Une plaque commémorative a été placée sur la maison où naquit le médecin de Louis XIII, qui fut aussi, le fondateur du journaliste en France.

Le syndicat des médecins de la Seine et la clinique nationale des Quinze-Vingts. — Une Commission du Syndicat a rédigé un rapport sur l'organisation des Quinze-Vingts. M. Bellecontre, rapporteur de cette Commission, a soumis au Syndicat les conclusions suivantes qui ont été adoptée.

« 1° La consultation, l'hospitalisation et les opérations sont exclusivement réservées aux malades *inscrits sur la liste des indigents à la mairie de leur commune*, conformément à la loi sur l'Assistance publique de 1893, et aux malades reconnus nécessiteux :

« 2° Les médecins titulaires seuls pourront examiner et recevoir, s'il y a lieu, les malades susceptibles d'être hospitalisés ;

« 3° En dehors de cette consultation d'admission, aucun malade ne pourra être reçu et hospitalisé directement par l'Administration, comme cela se pratique actuellement et uniquement à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, contrairement aux usages admis dans tous les hôpitaux et hospices de Paris ;

« 4° Les malades qui se rendent aux Quinze-Vingts n'auront plus le privilège du transport gratuit sur les voies ferrées. Ces frais de transport seront à la charge des communes qui désirent faire signer et opérer leurs malades indigents à la clinique nationale au lieu de les adresser aux cliniques oculaires de leur région. »

— M. Pasteur se rendra le 29 mai à Lille pour y présider la séance solennelle de la Société de secours des amis des sciences.

L'illustre savant sera reçu à la gare par les étudiants de l'Etat qui formeront cortège.

Nécrologie. — MM. les docteurs Chauvin (de Saint-Denis-la-Chevasse) ; Chenet, médecin-major de deuxième classe ; Desplas (de Nice) ; Gauthier, au château de la Hévaudière ; Hurtaux (de Luçon) ; Isoard (de Forcalquier) ; Miomandre (de Neuilly-en-Thelle) Sénard (de Bénarville), et Soubie (de Cormery).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Curabilité des accidents causés par les courants électriques à forte tension. — Désinfection des déchets de boucherie. — Pouvoir désinfectant de la lumière solaire.

Depuis deux mois, l'attention des hygiénistes a été fixée presqu'exclusivement sur la situation sanitaire. La fièvre typhoïde et le choléra nous ont fait oublier les questions de moindre importance et, puisque les épidémies nous accordent un congé temporaire, il faut en profiter pour combler cette lacune, en revenant sur les sujets intéressants qui ont été traités dans l'intervalle au sein des Sociétés savantes.

Nous commencerons par la communication que M. d'Arsonval a faite le 19 mai, à l'Académie des sciences, sur les moyens de rappeler à la vie les sujets foudroyés par les courants électriques à forte tension. Ce n'est pas que la question soit absolument nouvelle, puisqu'il l'a déjà traitée lui-même dans une note qu'il a présenté à l'Académie des sciences, le 4 avril 1887.

Edison a publié à la même époque dans le *North American Review*, un article très intéressant sur le même sujet, mais les accidents causés par l'électricité intéressent au plus haut point l'hygiène industrielle contemporaine et un fait tout récent a donné à la question un caractère d'actualité que M. d'Arsonval a fait habilement ressortir.

On sait combien les cas de mort sont devenus communs depuis qu'on se sert, pour l'éclairage, des courants alternatifs à forte tension. Ils se sont surtout multipliés en Amérique depuis une quinzaine d'années. En 1890, le correspondant du *Daily News* a publié la liste officielle des personnes foudroyées depuis 1880, époque à laquelle on a commencé à se servir des courants alternatifs et la liste s'en élevait à 116, tandis qu'il n'y avait pas eu un seul cas de mort avant cette époque.

Cette fréquence s'explique par le défaut de précautions et de surveillance, inséparables de la liberté absolue dont on jouit en Amérique. En France, le soin avec lequel les fils conducteurs sont isolés, la sollicitude avec laquelle on les surveille, et le contrôle permanent exercé par le service des ingénieurs rendent les accidents beaucoup plus rares. C'est à peine si on peut en citer une quinzaine depuis qu'on a recours à la lumière électrique et chacun d'eux a été l'occasion d'un redoublement de précautions.

Le dernier a eu lieu il y a deux mois et c'est lui qui a donné lieu à la communication de M. d'Arsonval.

Notre collègue, dans sa note de 1887, avait étudié les accidents en question au point de vue de la manière dont la mort se produit. L'électricité, avait-il dit, peut tuer de deux manières : 1° Par destruction des tissus. C'est ce que fait la foudre, c'est ainsi qu'agissent les machines statiques très puissantes et dans ce cas la mort est définitive. 2° En produisant, dans les centres nerveux, une excitation suivie de paralysie ; c'est le cas des courants alternatifs produits par les *dynamos*. Ils déterminent l'*inhibition*, c'est-à-dire l'arrêt fonctionnel de la partie du bulbe rachidien qui tient sous sa dépendance les mouvements du cœur et de la respiration. Ceux-ci

s'arrêtent et l'asphyxie se produit; mais ce n'est qu'un état de mort apparente et, comme les organes ne sont pas altérés dans leur texture, on peut rappeler les sujets à la vie en les traitant comme des noyés.

M. d'Arsonval est parvenu, à plusieurs reprises, dans son laboratoire, à ranimer des animaux, en leur pratiquant la respiration artificielle à l'aide d'un soufflet et d'une canule introduite dans la trachée. Chez eux, la mort n'arrive que lorsque le tétanos musculaire a porté la température centrale au-dessus de 45 degrés, chaleur qui détermine rapidement la coagulation de la fibre musculaire et la rigidité cadavérique. Ce qui prouve que c'est bien elle qui cause la mort, c'est qu'on peut l'empêcher d'arriver en refroidissant les sujets artificiellement. En prenant cette précaution, il a pu soumettre des animaux à des courants de 8,000 volts sans les tuer. On pourrait, dit-il, sauver de même les ouvriers victimes de leur imprudence, et le fait est qu'on y est parvenu plusieurs fois.

M. d'Arsonval concluait de ses observations et de ses expériences que les médecins américains qui assistent aux exécutions par l'électricité pourraient, s'ils le voulaient, rappeler les comdamnés à la vie en recourant à la respiration artificielle au lieu de se hâter, comme il le font, de pratiquer l'autopsie. Cela paraît d'autant plus vraisemblable que les *dynamos* dont on se sert dans les prisons de New-York ne dépassent pas 1,500 à 2,000 volts.

L'accident récent auquel j'ai fait allusion, et qui a été l'objet de la récente communication de M. d'Arsonval, a confirmé sa manière de voir. Au mois de mars dernier, on procédait à des expériences de transport de force électrique, entre la gare de la Chapelle et celle d'Epinay-sur-Seine. Le courant qui passe par ces deux gares est de 5,000 volts ; la fréquence est de 110 interruptions et le courant mesure 800 milliampères. Les expériences étaient dans toutes leur activité, lorsqu'à la suite d'une fausse manœuvre, un ouvrier se trouva compris dans le courant de 5,000 volts qui le traversa pendant les cinq minutes qui s'écoulèrent avant qu'on pût l'arrêter. Le malheureux ne put être secouru qu'au bout de quarante minutes. Il était en état de mort apparente, rigide, contracturé. On pratiqua d'abord la respiration artificielle par le procédé classique de Sylvestre et, comme on n'en obtenait aucun résultat, on eut recours aux tractions rythmées de la langue préconisée par M. Laborde.

La respiration se rétablit peu à peu et l'ouvrier, transporté à l'hôpital de Saint-Denis, ne tarda pas à se remettre complètement.

Ce fait intéressant prouve, comme l'a dit M. d'Arsonval, que les gens foudroyés sont en état de mort apparente, qu'il faut les traiter comme des noyés et en y mettant la même persistance.

— La Commission d'assainissement et de salubrité de l'habitation a entendu, dans sa séance du 21 mars dernier, un rapport très détaillé du docteur Miquel, chef du service micrographique à l'observatoire de Montsouris, sur la désinfection des déchets de boucherie (1). Il avait été chargé, il y a deux ans, de concert avec M. Crinon, de rechercher les moyens de mettre le public à l'abri des dangers que lui font courir les microbes pathogènes et entr'autres la bactéridie charbonneuse, qui peuvent préexister

(1) *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris*, n° 84, p. 655.

dans les viandes, s'y développer et se transmettre ensuite à l'homme et aux animaux, par l'intermédiaire des mouches. Ils avaient, de plus, pour mission d'indiquer un procédé pour désinfecter les os et les débris des viandes, sans compromettre l'utilisation et les transformations industrielles de ces produits.

Ils ont rejeté le sublimé corrosif comme trop dangereux pour pouvoir être mis à la disposition des bouchers, le chlorure de chaux, le sulfate de cuivre, à cause du peu de stabilité et de la mauvaise odeur du premier, de la couleur du second et de la faiblesse de leur pouvoir antiseptique à tous deux ; ils s'en sont tenus au chlorure de zinc en solution à 3, 5 p. 100, telle qu'on l'obtient en versant dans 100 litres d'eau, 10 kilogrammes de chlorure de zinc liquide à 40° Beaumé. Ils ont adopté, pour la commodité des manipulations, l'emploi d'un récipient en bois d'environ 100 litres de capacité qu'on remplit du liquide désinfectant et dans lequel on plonge un panier en osier contenant les os et les déchets de viande.

Ces propositions adoptées d'abord par la Commission d'hygiène du 3e arrondissement, puis, sur un rapport de M. Nocard, par le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, ont été l'objet de protestations très vives de la part de la Chambre syndicale de la boucherie de Paris. Elle les a transmises à M. le directeur des affaires municipales par une lettre déjà ancienne, puisqu'elle est datée du 13 mai 1893 (1). Ces réclamations étaient basées sur l'extrême propreté des boucheries, sur l'absence d'odeur des os et des déchets et sur les inconvénients qu'il y aurait à renfermer une quantité aussi considérable de liquide dans des établissements qui redoutent l'humidité, surtout alors qu'il s'agit d'une solution aussi dangereuse que celle de chlorure de zinc.

La commission n'a pas tenu compte de ces observations. Elle a accepté le désinfectant proposé par MM. Miquel et Crinon, elle s'est prononcée pour l'immersion complète des os et des déchets de boucherie dans la solution de chlorure de zinc contenue dans des récipients non métalliques. Elle a émis de plus, le vœu que le préfet de police donnât des ordres, afin qu'une surveillance active fut exercée sur les voitures destinées au transport des déchets de boucherie qui répandent aujourd'hui leurs odeurs sur la voie publique.

— On sait depuis longtemps que le grand air et la lumière sont d'excellents désinfectants. C'est même sur cette notion qu'était basé le procédé de la *Sereine* mis en usage dans les anciens lazarets, pour purifier les hardes et les objets suspects contenus dans les bâtiments mis en quarantaine.

L'expérience a démontré qu'en effet l'oxygène et la lumière solaire détruisent rapidement les microbes ; mais on n'avait pas encore employé le soleil comme agent de désinfection. Il serait utile pourtant de posséder un moyen de purifier les objets tels que les cuirs, les fourrures qui ne supportent pas la chaleur et que les solutions antiseptiques altèrent toujours un peu. Boubnoff, en partant de cette idée, a cherché expérimentalement, si le soleil suffirait pour cela.

Il imprégna des étoffes de bactéries pathogènes en cultures pures et de pus à microcoques et les exposa à la lumière solaire, puis, au bout d'un

(1) Voyez le texte de cette lettre dans le *Bulletin municipal officiel* du 30 mars 1894, p. 656.

temps variable et dont il détermina avec soin la durée, il vérifia la persistance où la mort des microbes introduits dans les étoffes. Il reconnut alors que les bacilles du choléra sont rapidement détruits; mais on sait que la dessiccation suffit pour les tuer. Les bacilles typhiques résistent à 8 ou 9 heures d'exposition qu'ils soient desséchés ou non. Le bacille diphtéritique ne cède qu'à 29 heures d'insolation lorsqu'il est contenu dans un oreiller et à 39 heures dans une toison de mouton. La simple enveloppe de toile d'un oreiller suffit pour protéger les bactéries adhérentes au crin ou à la plume.

En somme, dit Esmarch, en rendant compte de ces expériences, le rayonnement solaire n'est pas un agent de désinfection assez sûr pour entrer dans la pratique et il faudra continuer à soumettre les objets qui ne supportent pas l'étuve au *spray* de sublimé ou d'acide phénique, bien que ce moyen efficace pour les étoffes lisses, soit d'une utilité douteuse pour les étoffes villeuses et à lacunes intérieures (1).

Jules ROCHARD.

Apoplexie hystérique avec hémiplégie gauche survenue pour la première fois à la suite d'une fulguration; troisième attaque; guérison en moins de quinze jours par le repos et l'électrisation (2).

Par le docteur J. COMBY, médecin de l'hôpital Tenon.

—

L'apoplexie hystérique est bien connue depuis les observations qui ont été rapportées devant la Société par M. Debove, par M. Dumontpallier, depuis la thèse de notre collègue M. Achard (1887), depuis les travaux de Charcot et de ses élèves, etc.

Le fait que je produis aujourd'hui n'a donc pas lieu de surprendre, mais il m'a paru intéressant par les conditions étiologiques qui ont influé sur lui et par l'évolution qu'il a présentée.

Une femme de 38 ans entre le 10 avril 1894 dans mon service de l'hôpital Tenon, pour une hémiplégie gauche dont elle a été frappée subitement la veille.

Le père de la malade vit encore, il est bien portant. La mère est morte accidentellement, elle était nerveuse ainsi que la grand'mère, se mettant facilement en colère et pleurant à la moindre occasion; mais elle n'avait pas eu d'attaques.

Les antécédents personnels sont peu explicites; nous trouvons une scarlatine à 8 ans, 6 accouchements naturels, 2 enfants sont morts de diphtérie, 2 ont été foudroyés, 2 seulement sont vivants et jouissent d'une bonne santé.

Comme sa mère, la malade a toujours été un peu nerveuse, s'emportant pour un rien, pleurant et riant sans raison, mais elle n'avait jamais eu d'attaque avant le mois d'août 1889.

A cette époque, un jour d'orage, se trouvant avec ses enfants dans une de ces cheminées de la campagne qui peuvent abriter toute une famille, elle a été victime d'un accident épouvantable. La foudre est tombée dans la

(1) E. Von Esmarch Weber Sonnen-desinfection (*Zeitschr. F. Hyg. und Infections Kromkheiten XVI*, p. 256, 1894).

(2) Observation rédigée d'après les notes de M. Carpentier, externe du service.

cheminée, tuant deux de ses enfants, un de 3 ans qui jouait près de sa mère, l'autre de 7 mois qui prenait le sein. Elle-même tombe sans connaissance et reste privée de mouvement et de sentiment pendant quatre jours. Quand elle revient à elle, on note qu'elle a une hémiplégie complète du côté gauche avec hémianesthésie. La paralysie dure seulement trois semaines et tout rentre dans l'ordre.

En juillet 1891, deux ans après la première atteinte, la malade est reprise un jour d'orage, d'apoplexie. Elle tombe sans connaissance, reste ainsi pendant 7 ou 8 heures et se réveille avec une hémiplégie gauche et une hémianesthésie du même côté. Cette deuxième atteinte paralytique guérit en 15 jours comme la première.

Le 9 avril 1894, la malade, qui exerce la profession de cuisinière, se promenait sur les boulevards, en proie déjà depuis quelques jours à des maux de tête assez violents.

Le temps était chaud, lourd, orageux. Il était environ six heures du soir. Tout à coup elle tombe sans connaissance, on la ramasse dans la rue et on l'apporte à l hôpital. Elle revient à elle au bout de quatre heures, et le lendemain nous la trouvons dans l'état suivant : Le facies est bon, il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé, la langue est nette. Mais tout le côté gauche du corps est complètement paralysé. Le membre supérieur est immobilisé le long du corps, et retombe lourdement comme une masse inerte, quand on vient à le soulever. La malade ne peut détacher la main du lit ni fléchir les doigts. Le membre inférieur est aussi inerte que le supérieur, il ne peut quitter le plan du lit et n'est le siège d'aucun mouvement. A la face, on constate que la commissure labiale est tirée à droite, la langue ne peut sortir aisément de la bouche, la mastication et la déglutition sont gênées. Cependant les paupières se ferment bien des deux côtés et la paralysie n'occupe que le facial inférieur. En somme, paralysie motrice absolue et flasque de toute la moitié gauche du corps. Réflexes rotuliens conservés, pas de trépidation épileptoïde.

Quand on vient à explorer la sensibilité cutanée et sensorielle, on constate une abolition complète de tous les modes sensitifs. Tout le côté gauche du corps est frappé d'anesthésie au contact, au pincement, à la piqûre, au froid, au chaud. La vue, l'ouïe, le goût, l'odorat sont abolis à gauche ; la piqûre de la moitié gauche de la muqueuse bucco-pharyngée et de la langue n'est pas sentie. Abolition du réflexe pharyngien. Donc, outre l'hémiplégie motrice, la malade présente du même côté, une hémianesthésie sensitive et sensorielle complète.

La malade répond très nettement aux questions qu'on lui pose, elle a conservé la mémoire, elle n'a jamais eu d'aphasie.

En présence de tous ces symptômes, il n'était pas possible de méconnaître une hémiplégie hystérique ayant succédé à une apoplexie hystérique. Quant à l agent provocateur de ces accidents hystériques, il était indiqué nettement par le récit de la malade, et l'on ne peut pas trouver d'autre cause occasionnelle que la fulguration.

La fulguration rencontrant un terrain favorable, une hystérie latente, avait mis en relief et rendu manifeste cette hystérie, en précipitant son apparition et en exaltant ses manifestations.

Il y a là une influence de même nature que celle d'un accident de chemin

de fer, d'un incendie, de toute cause perturbatrice agissant avec intensité sur le moral des individus prédisposés.

Le traitement a été le suivant : laisser la malade tranquille, ne pas trop l'examiner, ne pas la tracasser; agir sur la paralysie et sur son moral par de courtes séances quotidiennes de faradisation.

Le 12 avril, la sensibilité est revenue un peu à la face. Le 14 avril, la langue est plus mobile, l'ouïe est un peu revenue, la face est entièrement sensible, la main commence à le devenir. Le 15 avril, quelques mouvements sont possibles dans la main et les doigts. Le 16 avril, on remarque que la sensibilité revient à la jambe qui exécute quelques mouvements de reptation. Le 17 avril, la malade peut lever le bras et la jambe au-dessus du plan du lit, sans pouvoir les maintenir longtemps. La vue est plus nette à gauche, l'ouïe plus distincte; la sensibilité existe dans la bouche et la gorge. Tous les jours la malade fait quelques progrès du côté du mouvement et de la sensibilité.

Le 23 avril, elle demande à sortir de l'hôpital n'ayant plus aucun phénomène paralytique; elle marche, elle se sert de son membre supérieur gauche presque aussi bien que du droit; la sensibilité est revenue partout. Bref, elle a été guérie par le repos et l'électrisation en moins de 15 jours

Si nous consultons son histoire, nous devons craindre les récidives, jusqu'à présent assez éloignées, mais qui pourraient se rapprocher.

J'ai cru devoir présenter ce cas comme un exemple bien net d'apoplexie hystérique à répétition.

Ce n'est pas que la maladie soit rare, car, à l'heure actuelle, j'ai dans mon service deux autres malades qui ont été frappés d'apoplexie hystérique dans des conditions analogues à la précédente.

Dans un de ces cas, il s'agit d'une femme qui, voyant son enfant mettre le feu à des étoffes, dans sa chambre, est affolée par ce commencement d'incendie, tombe sans connaissance, et se réveille quelques heures après avec une hémiplégie gauche accompagnée d'anesthésie. Actuellement, la motilité est revenue, mais l'anesthésie persiste.

Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme, un peu alcoolique, qui, vendredi dernier, à la suite d'une vive contrariété, a été frappé subitement d'apoplexie ; actuellement il présente une hémiplégie gauche avec hémianesthésie complète.

Il est bon que ces faits soient connus pour éviter des erreurs de pronostic et de traitement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai. — Présidence de M. Ferrand

Empyème pulsatile

M. Béclère présente un malade atteint d'empyème pulsatile avec déplacement considérable du cœur.

C'est un homme de 31 ans qui, au mois d'août 1891, commença à tousser. Trois mois plus tard, il éprouvait un point de côté, de la dyspnée et il s'apercevait que les mouvements du tronc s'accompagnaient d'un bruit qu'il désigne sous le nom de « bruit de

barrique à moitié vide ». Quelque temps après, un médecin constatait tous les signes d'un pneumothorax gauche avec épanchement abondant; en même temps le cœur battait au niveau du mamelon droit.

Sous l'influence du repos, des révulsifs, de l'arsenic, du lait, l'état s'améliora et le malade put reprendre son travail.

En avril dernier, sans cause appréciable, la dyspnée augmenta subitement, et, le 8 mai, quand M. Béclère vit le malade, le cœur battait dans le 6e espace droit, à 17 centimètres de la ligne médiane, sans bruits anormaux. A gauche, épanchement abondant qui présentait lui-même des pulsations isochrones aux battements cardiaques. Pas de bruit de succussion. Le malade dit, d'ailleurs, que son bruit de tonneau à moitié vide a disparu depuis deux à trois semaines. En raison de la dyspnée, on pratiqua une thoracentèse qui donna issue à 2,800 grammes de pus ne contenant pas de microbes, notamment pas de bacilles tuberculeux. Deux cobayes furent inoculés et seront sacrifiés en temps opportun Le cœur ne revint que très faiblement à gauche, il bat encore aujourd'hui à 11 centimètres de la ligne médiane.

Actuellement, on constate, au niveau du 6e espace droit où bat la pointe du cœur, un retrait de la paroi qui semble indiquer une adhérence du péricarde, un certain degré de symphise cardiaque. La matité est absolue à gauche; l'espace de Traube n'est plus sonore.

Pas de timbre amphorique de la respiration, de la voix, de la toux; pas de tintement métallique, pas de bruit de succussion. Mais si le doigt percute un point quelconque du tiers inférieur de la cage thoracique à gauche, tandis que l'on applique l'oreille sous la clavicule, on perçoit, non pas il est vrai, le bruit d'airain typique, mais une résonnance métallique qui fait défaut inférieurement du même côté et dans tout le côté sain. M. Béclère se demande si ce signe permet d'affirmer la persistance du pneumothorax. Il ajoute que dans la région axillaire gauche, l'empyème est pulsatile; les pulsations sont peu marquées et il faut les chercher pour les trouver. On pourrait donc qualifier ce cas d'empyème pulsatile latent. M. Béclère demande, en outre, l'avis de la Société sur le mode thérapeutique à adopter pour ce cas particulier. Faut-il recourir à une intervention chirurgicale? Vaut-il mieux attendre et pratiquer des ponctions quand elles deviennent nécessaires?

M. Rendu pense qu'il ne s'agit pas là d'un véritable empyème pulsatile. Ici, en effet, il y a un épanchement considérable qui refoule le cœur et transmet ses battements; dans l'empyème pulsatile, l'épanchement est, au contraire, peu abondant. Quant au traitement, du moment qu'il y a du pus dans la plèvre et que le cœur est dévié, il est dangereux de laisser un tel épanchement et il vaut mieux faire l'empyème.

M. Netter. — L'inoculation faite aux cobayes prouvera très probablement la nature tuberculeuse de cet épanchement. Il faut réserver toute intervention, sauf indications imprévues et alors se borner à de petites ponctions. Une évacuation trop considérable de l'empyème, déterminerait la réapparition du pneumothorax. Il n'y aurait aucun avantage à essayer de modifier la plèvre par des injections antiseptiques. La seule intervention rationnelle serait l'empyème avec résection d'un certain nombre de côtes, mais on sait les résultats qu'elle donne.

MM. Galliard, du Cazal, Ferrand ne croient pas qu'il y ait persistance du pneumotorax chez le malade de M. Béclère, malgré le bruit de résonnance métallique.

Un cas d'infection pneumococcique généralisée consécutive à une invasion par la peau. Endocardite. Guerison.

M. Netter. — Chez un jeune homme de 19 ans nous avons vu se produire un état infectieux grave avec fièvre élevée atteignant 40°7, grosse rate, infarctus pulmonaires et souffle cardiaque.

Ces accidents ont disparu et le malade semble complètement guéri conservant seulement un souffle qui indique la persistance d'une altération valvulaire. Cliniquement, le fait doit être traduit ainsi : Infection généralisée ; endocardite infectieuse.

La bactériologie nous a démontré qu'il s'agissait d'une infection due au pneumocoque. Nous avons trouvé celui-ci dans un foyer de suppuration supperficiel, dans les produits de l'expectoration, dans le sang. L'endocardite infectieuse était due au pneumocoque. La terminaison heureuse de cette endocardite confirme ce que nous avons dit, M. Jaccoud et moi, de la bénignité relative de ces endocardites pneumococciques.

L'intérêt tout particulier de cette observation ne réside pas seulement dans les particularités que je viens d'indiquer, dans le diagnostic assuré de bonne heure par un examen microbiologique ; le fait le plus remarquable, c'est que cette infection pneumococcique a eu lieu sur les téguments externes et non par les voies aériennes, ce qui est le cas le plus habituel. La pénétration s'est faite au niveau de la jambe gauche en un point exposé aux traumatismes et particulièrement favorable à l'absorption, région excoriée reposant sur une tumeur érectile veineuse. Le malade est un vélocipédiste et cette région était soumise à des frottements et irritations de tous genres.

Il existe déjà quelques observations de suppurations à pneumocoques dans les articulations ou dans le tissu cellulaire survenus en dehors de pneumonies ou de déterminations habituelles de l'infection pneumonique. J'ai vu, pour ma part, deux abcès de l'abdomen, un abcès de l'épaule, un autre de la jambe renfermant le pneumocoque. Mais ces suppurations s'étaient développées à une certaine profondeur et ne se sont mises que tardivement en rapport avec l'extérieur. Il y avait donc lieu de les rapporter au dépôt de pneumocoques amenés par les vaisseaux et ayant envahi l'organisme au niveau de la cavité bucco-pharyngée ou des points adjacentes. Les choses se sont passées tout différemment chez le malade.

Asphyxie suraiguë par hypertrophie du thymus

M. Marfan : Grawitz, le premier en 1888, publia deux cas de mort chez l'enfant par hypertrophie du thymus et compression de la trachée par cet organe ; il rappelait en même temps que Virchow avait démontré la possibilité de cette compression. Cette opinion de Grawitz fut combattue par plusieurs auteurs, Paltauf, Scheele, Pott ; pour ces derniers, la mort subite surviendrait par un mécanisme tout autre que la compression de la trachée lorsque le thymus est volumineux.

Les cas de Bazinsky, Nordmann, Beneke, Schnitzler, etc., n'ont pas encore élucidé la question.

Toutefois, le cas suivant que rapporte M. Marfan est assez démonstratif et prouve qu'il faut revenir à la théorie de Grawitz, et admettre la compression de la trachée :

Une enfant de 2 mois et demi est apportée le 17 mai à 1 heure de l'après-midi à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades. Elle présente des signes très prononcés d'asphyxie. Elle avait été bien portante jusqu'au 3 mai ; ce jour-là elle aurait eu une convulsion qui ne se serait pas renouvelée. Le 16 mai, elle présente de l'inquiétude, de l'agitation ; le lendemain, elle étouffe, suffoque, et on l'apporte à l'hôpital.

Là, on constate que l'enfant est inerte, sans réaction ; extrémités cyanosées, lèvres bleuâtres, respiration accélérée, faible, difficile ; un peu de dyspnée expiratrice ; rien d'anormal à l'auscultation ; pas de diphtérie. On donne un bain sinapisé, une injection d'éther et une injection de caféine. Mais l'asphyxie fait des progrès et l'enfant succombe à 5 heures de l'après-midi.

A l'autopsie on trouva un thymus extrêmement hypertrophié (31 grammes), très rouge, congestionné et présentant çà et là de petites ecchymoses.

On constate en outre qu'il existe un aplatissement de la trachée qui disparaît en-

partie lorsque le thymus est enlevé, au point comprimé le tissu de la trachée est bien moins résistant; le reste de la trachée est normal.

Rien dans les autres organes.

Il s'agit donc d'un cas de mort par asphyxie due à la compression de la trachée par un thymus trois fois plus gros environ que le thymus normal des enfants de 2 mois et demi. Il n'y avait pas d'hyperploxie des autres organes lymphoïdes.

ROYAT

Ses indications thérapeutiques

Les eaux de Royat, que l'on a assimilées aux eaux d'Ems, sont classées parmi les alcalines mixtes, lithinées, chlorurées-sodiques, ferro-arsénicales et gazeuses.

Elles sont utilisées en boisson et en bains, sous forme de douches, de pulvérisations et de vapeurs (salles d'inhalation). Par leur nature, elles sont fondantes et reconstituantes.

La variété de leur composition, de leur température, de leur richesse en acide carbonique constitue une difficulté assez grande dans leur appropriation thérapeutique. C'est à Royat surtout que l'on peut faire des *cures associées* et c'est pourquoi je vais essayer, dans cet article, de préciser de mon mieux leurs diverses applications.

D'une manière générale, les anémiques, les arthritiques débilités ou neurasthéniques, les malades souffrant d'un ralentissement de la nutrition sont justiciables de Royat.

Dans la classe des débilités, nous rangeons toutes les affections chloro-anémiques pour lesquelles le grand air, une altitude moyenne (450^{m}), un climat doux et sans grandes variations atmosphériques sont indiqués. En dehors de ces puissants adjuvants de la cure, ces malades trouvent dans l'ingestion de l'eau minérale des principes minéralisateurs reconstituants (fer, manganèse, arsenic, chaux, chlorure de sodium) et des éléments qui font défaut à leur sang. C'est pour cette raison que Gubler leur donnait le nom d'eaux plasmatiques.

Mais c'est surtout contre les diverses formes de l'*arthritisme* que les eaux de Royat sont utilisées et c'est sur ce terrain qu'elles ont enregistré leurs plus beaux succès. Les arthritiques débilités présentant surtout des manifestations viscérales ou cutanées, les diabétiques retireront presque toujours un bénéfice certain de leur emploi.

Je placerai en première ligne les dyspeptiques gastralgiques ou goutteux. Dans ma pratique déjà longue, j'ai vu un grand nombre de malades de ce genre non pas soulagés, mais guéris par la cure de Royat. Des expériences faites l'an passé par M. J. Bernard, stagiaire des eaux minérales, il résulterait que l'ingestion de l'eau de Royat augmente l'HCL combiné et fait apparaître l'HC*l* libre, alors qu'il manquait auparavant, ce qui rendrait justiciable de Royat les dyspepsies par insuffisance stomacale avec hypochlorydrie (1).

En un mot, les dyspepsies gastriques ou gastro-intestinales d'origine mécanique, chimique ou diathésique (rhumatisme ou goutte) sont heureusement modifiées à Royat.

L'action thérapeutique s'exerce aussi favorablement sur les voies respiratoires dans les angines granuleuses, les pharyngo-laryngites, bronchites catarrhales et asthme humide *des arthritiques*. Dans ces divers cas, des moyens topiques comme les pulvérisations, les inhalations sont associés à la médication interne.

Il en est de même dans le diabète chez les goutteux débilités où l'action de la cure est des plus manifestes, non seulement en diminuant le sucre d'une manière notable, mais surtout en favorisant les échanges organiques et en reconstituant le malade.

(1) A. Robin. Rapport à l'Académie de médecine, 13 mars 1891.

De longue date, les dermatologistes ont eu une prédilection marquée pour Royat. C'est à cette station qu'ils envoyaient (Bazin, Hardy) et qu'ils envoient encore les affections cutanées telles que l'eczéma, l'acné entachés d'arthritisme, les diabétides, principalement les eczémas vulvaires et génitaux si fréquents à observer et qui y sont presque toujours favorablement transformés.

Enfin, les névralgies diverses, lombo-abdominales, ovariques, les métrites congestives ou catarrhales, les douleurs provenant d'anciens exsudats de métro-péritonite ou de salpingite, le vaginisme peuvent y être traités avec succès.

C'est surtout dans ce dernier genre d'affection que réussit le bain de Royat que le regretté professeur Lasègue appelait *un bain de femme*.

Il y a, à Royat, deux genres de bains très différents. L'un et l'autre sont à température native et l'eau thermale venant des profondeurs du sol est versée directement dans la baignoire où le malade se trouve plongé dans une eau courante, d'une température constante, chargée de gaz carbonique et d'électricité comme on peut le constater au galvanomètre.

L'un est à + 33° C. L'autre à + 27° C.

C'est le premier, que l'on peut prolonger jusqu'à une heure et plus, que l'on prescrit aux malades sensibles au froid, atteints de douleurs rhumatismales ou d'affections de la peau, ils y éprouvent un sentiment de bien être tel qu'ils s'y endormiraient volontiers.

Mais une des originalités de Royat est certainement son bain de César qui est une sorte de bain de vin de Champagne. Je ne l'utilise guère que dans la saison chaude, car j'ai cru remarquer que, pour en retirer de bons effets, il fallait être aidé par une température ambiante suffisamment élevée.

Ce bain de César, très anciennement connu et utilisé, est d'une durée très courte : 10 à 15 minutes. Quand les malades s'y plongent, ils éprouvent d'abord une sensation de fraîcheur à laquelle succède, s'ils se tiennent immobiles, un sentiment de chaleur, de picotements sur toute la surface de la peau dû au passage constant de nombreuses bulles de gaz carbonique.

C'est un bain sédatif par excellence qui convient aux malades jeunes, surtout aux femmes, ne présentant pas de tare rhumatismale, aux anémiques nerveuses, aux neurasthéniques chez lesquelles la circulation capillaire est défectueuse, qui se réchauffent mal et se plaignent de névralgies erratiques ou de vaginisme. Le gaz carbonique dont l'eau du bain est saturée a une action incontestable sur l'hypéresthésie de la peau et des organes génitaux.

A ces moyens de balnéation il faut ajouter une grande piscine d'eau minérale où l'on peut mettre en jeu par la natation son activité musculaire et une installation hydrothérapique constituant un puissant adjuvant au traitement thermo-minéral.

La rapide esquisse que je viens de tracer convaincra, je l'espère, médecins et malades ; ils sauront qu'on trouve à Royat une gamme minérale des plus étendues et des ressources thérapeutiques des plus efficaces contre le surmenage, les affections anémiques et l'arthritisme à manifestations viscérales et cutanées.

Dr Fredet.

FORMULAIRE

—

(*Technique du professeur Bassini pour stériliser la soie*)

1° Laver la soie avec de l'eau savonneuse et, immédiatement après, dans une solution de carbonate de soude à 1 ou 2 pour 100;

2° L'embobiner ensuite sur un cylindre de verre ou de zinc, qui est introduit dans un vase de fer émaillé contenant de la glycérine et hermétiquement clos par un couvercle ;

3° La glycérine du commerce entre en ébullition entre 115 et 127° ; mais, concentrée par une évaporation préalable de l'eau qu'elle contient, elle bout seulement à environ 140°. On emploie cette dernière pour la stérilisation de la soie, et on maintient le bain de glycérine pendant six à sept minutes à une température de 140° ;

4° Plonger alors la soie et la conserver dans une solution phéniquée à 5 pour 100.

Ce procédé de stérilisation demande de dix à quinze minutes, n'altère point la soie et permet économiquement d'employer les mêmes solutions successives.

COURRIER

— Par décision ministérielle, en date du 23 mai 1894, le nombre des élèves à admettre à l'Ecole du service de santé militaire, à la suite du concours qui s'ouvrira le 9 juillet prochain, est fixé à 60.

Concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Ce concours aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux le 1er juin prochain ; à Paris, Nancy et Toulouse le 4, et Montpellier le 7 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès qui pourront être déclarés admissibles est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille, et à trois pour chacune des trois régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

— Nous apprenons que des expériences viennent d'être faites par le conseil de salubrité sur les germes bactériens contenus dans les wagons de chemins de fer.

Des échantillons de poussière, pris dans quarante-cinq compartiments de différents wagons à voyageurs, ont été inoculés à des animaux : une partie des animaux inoculés sont morts très rapidement par suite de différentes affections contagieuses ; les autres ont succombé de quatre à six semaines après l'expérience. Trois de ces derniers, qui avaient été inoculés avec de la poussière prise, non sur le parquet des voitures, mais sur le plafond, les parois et les coussins, ont présenté les signes de la tuberculose. Le chiffre des bactéries relevé est, par pouce carré, de 16,500 dans les wagons de 1re classe, et respectivement de 27,000, 34,000 et 78,800 dans ceux de 2e, 3e et 4e classes.

Le conseil de salubrité a édicté contre ces dangers de contamination des mesures que les administrations des chemins de fer étudient en ce moment. (*Semaine médicale.*)

Clinique payante a l'hôpital de Grenoble. — La Commission administrative a créé à l'hôpital une clinique composée d'un certain nombre de chambres isolées. Les malades, moyennant une rétribution de cinq francs par jour, y reçoivent tous les soins et *fournitures* que comporte leur maladie. Mais les soins médicaux et chirurgicaux sont donnés par les médecins ou chirurgiens de leur choix, titulaires ou non des services de l'hôpital.

C'est là, comme on le sait, un usage très répandu à l'étranger et qui existe dans beaucoup de villes de France. Nous avons réclamé à plusieurs reprises dans ce journal que cette pratique fût instituée à Paris, nous le redemandons encore et nous ne sommes pas les seuls ; car, si nous sommes bien informé, dans un des projets de reconstitution de l'hôpital Dubois, il serait question d'en faire un hôpital général avec chambres payantes.

Banquet des médecins de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest. — Samedi dernier a eu lieu à l'Hôtel Continental le banquet annuel des médecins de la Compagnie

des chemins de fer de l'Ouest. Un grand nombre de confrères y assistait. Trois toasts ont été prononcés, l'un par le directeur médical, M. Bergié, les deux autres par M. Labbé, sénateur et M. Baudot.

On s'est séparé sur le tard en se donnant rendez-vous à l'année prochaine.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le jeudi 31 mai 1894, à 10 heures du matin et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Faculté de médecine de Paris. — *Réorganisation du stage dans les hôpitaux.* — La Faculté de médecine de Paris vient de rappeler par affiche, aux étudiants, le décret du 20 novembre 1893 qui réorganise le stage dans les hôpitaux, et dont nous avons déjà parlé. Cette publication est accompagnée des renseignements suivants :

Classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec ; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Une lettre de convocation individuelle leur sera adressée à cet effet.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées les 15 novembre et 15 février pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé ; — l'inscription d'avril, d'après les notes du professeur pour le trimestre de décembre à février inclus ; l'inscription de juillet, d'après les notes du professeur pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Les règlements précédents recevront leur entière exécution dans l'année scolaire 1895-1896.

En 1894-1895, ils ne seront appliqués qu'aux élèves de 3e et 4e années, dont la scolarité est soumise au stage médical et chirurgical.

Les listes des stagiaires, pour l'année scolaire 1894-95, seront établies à la suite de l'inscription de juillet 1894. — En conséquence, le doyen invite MM. les étudiants à se mettre en cours régulier d'études avant la fin de la présente année scolaire.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain

—

Pronostic et traitement de la tuberculose au début

Dans une précédente leçon, je me suis attaché à vous faire connaître les signes de la tuberculose pulmonaire au début ; je vous ai montré quelle est leur importance ; ces signes doivent nous guider dans l'appréciation du pronostic et dans la direction du traitement.

La tuberculose pulmonaire est toujours une affection grave, mais il y a des degrés dans cette gravité. On considérait autrefois cette maladie comme toujours mortelle ; nous savons qu'il y a des cas où la maladie rétrocède ; ces faits, nous les constatons rarement dans nos hôpitaux, parce que les malades sortis améliorés échappent à notre observation ; mais dans les autopsies d'individus morts accidentellement ou de toute autre maladie que la tuberculose on rencontre des cicatrices de lésions tuberculeuses dans la proportion d'environ 9 pour 100. De sorte que le problème posé est le suivant : étant donné un malade atteint de tuberculose au début, quel sera le sort de ce malade ?

Eh bien, Messieurs, puisque la simple constatation des lésions ne suffit pas au pronostic, à quoi emprunterons-nous les éléments de celui-ci ? Nous le demanderons à l'état du poumon, à l'évolution du processus, à l'état général du sujet, du terrain sur lequel la tuberculose est greffée, aux complications diverses qui peuvent se présenter.

L'état local du poumon est constitué en partie par la lésion tuberculeuse même, en partie par l'hypérémie concomitante, en partie enfin par la bronchite. Ce sont trois éléments dont il faut tenir compte : 1° l'infiltration tuberculeuse est ordinairement progressive, elle se fait par l'adjonction de granulations tuberculeuses successives ; or, toutes les granulations ne sont pas du même âge, il y en a d'anciennes à côté de récentes, de sorte que le degré de la lésion n'est pas unique en un point déterminé. A côté des parties indurées, il y a des parties ramollies et d'autres où il ne reste qu'une excavation ; mais je ne veux considérer aujourd'hui que le premier degré de la lésion. Au début, les granulations sont encore disséminées, de sorte que ce ne sont pas elles qui déterminent la matité, la rudesse de la respiration ; à peine elles contribuent à l'affaiblissement du murmure vésiculaire. C'est ce que je vous faisais remarquer ces jours-ci chez la malade couchée au numéro 8 de la salle Piorry, et qui est atteinte de tuberculose aiguë ; 2° l'hypérémie pulmonaire entraîne la diminution de sonorité, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, les modifications diverses du retentissement vocal. Ces signes indiquent donc surtout un état congestif plus ou moins marqué du poumon. 3° La bronchite est décelée par la prédominance des râles ; tantôt la bronchite est accidentelle, entée sur un terrain tuberculeux elle se localise au sommet où l'appelle la lésion bacillaire ; tantôt elle est persistante, c'est la péribronchite tuberculeuse. Il ne suffit donc pas de trouver des râles sous-crépitants à l'auscultation des sommets pour affir-

mer l'existence d'une bronchite tuberculeuse. Toutefois, si ces râles persistent, si la bronchite ne subit aucune modification, il y a lieu de présumer qu'elle est fixée au sommet par la présence de tubercules, que la bronche est envahie elle-même par le processus, et cette forme de bronchite a un pronostic sérieux. L'emphysème est aussi une conséquence de la tuberculose, il se reconnaît à l'augmentation de la sonorité et à la diminution du murmure vésiculaire ; cet emphysème peut bien accroître d'une façon momentanée les malaises ressentis par le malade ; il n'en est pas moins une cause d'atténuation de la maladie. L'emphysème semble étouffer la tuberculose, cela ne fait de doute aujourd'hui pour personne.

L'étendue des lésions a aussi son intérêt, car l'envahissement du poumon peut être tel qu'une petite partie à peine de l'organe reste saine, et la mort alors est presque inévitable et survient par asphyxie progressive. Il faut rechercher non seulement l'étendue en surface, ce qui n'offre aucune difficulté, mais aussi l'étendue en profondeur, ce qui offre plus d'obstacle. Un signe vous aidera dans cette dernière recherche, c'est le degré du skodisme dans la partie du poumon opposée à la région atteinte ; je vous ai déjà fait observer qu'un skodisme très marqué suppose que les parties envahies ont une grande épaisseur. Parfois, cette étendue des lésions est très difficile à juger, c'est quand les granulations sont disséminées et ne s'accompagnent pas de congestion notable ; la malade numéro 8 de la salle Piorry nous en offre un exemple.

La rapidité d'évolution influe aussi sur le pronostic. Parfois l'évolution est prodigieusement rapide ; heureusement elle est le plus souvent lente ; elle se fait par stades successifs et n'aboutit que progressivement et peu à peu à la formation de cavernes. Quand nous pouvons suivre nos malades, répéter nos observations à des intervalles plus ou moins éloignés, nos constatations successives nous fournissent un élément précieux de pronostic; mais souvent nous ne pouvons juger de l'évolution de la maladie que par le récit du malade, et celui-ci ne peut guère nous être utile ; l'existence de bronchites répétées est, en effet, insuffisante à marquer le début de l'affection ; les bronchites étant tantôt appelées directement par des lésions tuberculeuses, tantôt produites accidentellement chez un sujet prédisposé à la tuberculose.

L'état général du malade est important à connaître. Ordinairement la tuberculose à marche lente ne s'accompagne pas de fièvre à cette première période ou seulement d'accès fébriles qui durent quelques jours, puis disparaissent. Ces poussées fébriles ont une certaine importance clinique, Elles accompagnent assez souvent une tuberculose destinée à s'arrêter. Si vous observez des accès fébriles, même intenses, avec de l'obscurité du son, une respiration faible et un peu prolongée, ne concluez pas immédiatement à la gravité de cette forme de tuberculose ; car la fièvre peut s'éteindre rapidement ; les accidents locaux s'effacent complètement ou ne laissent que peu de traces. Ces cas sont parfois assez embarrassants, non pendant la durée des poussées, mais après. Quand tout a disparu, et quand on vous demande si vous êtes bien certain de la nature tuberculeuse des lésions, vous êtes souvent dans un embarras assez grand. Il me souvient d'une jeune fille chez qui je trouvai des signes très légers et pour ainsi dire à l'état de vestige, avec de l'embarras gastrique et une fièvre intense ; je

portai un pronostic sérieux ; mais, quinze jours ou trois semaines après, tout avait disparu; aussi, un de mes collègues à la Faculté, crut à un simple embarras gastrique fébrile. Mais, quelques mois plus tard, je fus appelé à constater les mêmes signes chez la même personne, je maintins la gravité du pronostic ; la guérison se fit encore cette fois-ci, puis une troisième fois ; mais la quatrième atteinte eut l'évolution régulière de la tuberculose et emporta la malade. J'observai les mêmes phénomènes chez une dame qui, après un accouchement, et alors qu'elle nourrissait son enfant, fut prise d'une toux fréquente accompagnée d'un mouvement fébrile ; je constatai les signes d'une congestion du sommet et conseillai d'arrêter l'allaitement ; là encore les accidents disparurent, de sorte qu'un confrère crut pouvoir nier la tuberculose. Quelque temps après, j'appris que cette dame, enceinte de nouveau malgré mes avis, était accouchée heureusement d'un enfant, qu'elle commença d'allaiter ; mais la toux survint, la fièvre reparut, les accidents s'aggravèrent et amenèrent la mort en quelques mois. Vous voyez, Messieurs, que la disparition des symptômes observés, ne doit pas vous faire réformer votre diagnostic; elle vous engage seulement à ne pas toujours porter un pronostic grave ; une hygiène spéciale, un traitement approprié doivent favoriser ces arrêts spontanés de la maladie. Mais si les accès fébriles passagers n'aggravent pas le pronostic, la fièvre tenace et persistante est toujours d'un pronostic sérieux.

Bien autrement graves sont les troubles des voies digestives ; car si la guérison peut survenir avec des lésions très étendues, des lésions minimes sont peu susceptibles de s'arrêter quand les fonctions digestives s'accomplissent mal. L'amaigrissement, quand il est rapide, indique une tendance fâcheuse à la dénutrition ; mais il n'a pas toujours un pronostic grave, et la conservation de l'embonpoint peut coïncider avec une évolution rapide de l'affection, tandis que les sujets habituellement maigres arrivent rapidement à un degré assez marqué d'émaciation sans que le pronostic en soit beaucoup plus aggravé. Vous savez qu'à une certaine époque, on s'était engoué de la suralimentation, cette méthode de traitement remédiait à l'amaigrissement et même rétablissait l'embonpoint, mais sans modifier la marche de l'affection ; les malades mouraient gras, et je ne sais si l'avantage était bien considérable. Je vis un jour dans mon cabinet deux jeunes filles, l'une, que sa mère croyait malade, était grande, maigre, sèche, et paraissait avoir tous les attributs d'une maladie grave, elle était atteinte de chlorose, mais de cette chlorose tenace, entêtée, presque incurable, si fréquente dans les familles de tuberculeux. L'autre était forte et paraissait avoir une santé superbe, pendant que je donnai des conseils à sa sœur, je remarquai qu'elle toussait, j'insistai pour l'examiner et je trouvai chez elle les signes d'une tuberculose déjà très avancée.

Ceci vous prouve que l'embonpoint n'a pas une grande valeur, bien qu'un amaigrissement progressif, malgré une hygiène rigoureuse, soit toujours d'un pronostic sérieux.

A ces éléments, vous ajouterez les localisations extra-pulmonaires, car souvent d'autres organes sont envahis par le bacille.

1° La pleurite est chose presque constante, mais ordinairement localisée au sommet, elle échappe souvent à nos moyens d'exploration. Parfois la plèvre est envahie dans une grande étendue et, alors, tantôt c'est une pleu-

résie aiguë, franche en apparence et provoquée par un refroidissement, un traumatisme ou toute autre cause; tantôt la pleurésie reste sèche et ne s'annonce que par des frottements. Ces trois variétés n'ont pas la même valeur pronostique. La pleurésie aiguë survenant chez un individu tuberculeux ne fait qu'attirer l'attention sur la tuberculose, elle n'accélère pas la marche de celle-ci, elle en est un simple avertissement. On a dit que la tuberculose pouvait êtrela conséquence de la pleurésie et c'est pour l'éviter que parfois on a hâté l'évacuation du liquide épanché. C'est là une idée vaine ; au contraire, une ponction intempestive accélère parfois l'évolution de la tuberculose, je crois que le mécanisme en est discutable ; il n'en reste pas moins acquis que cette variété de pleurésie n'est pas par elle-même une cause d'aggravation de la tuberculose. Il en est tout autrement de la pleurésie subaiguë qui survient sans cause chez un sujet tuberculeux ; car la tuberculose qui envahit la plèvre est toujours une forme grave de la maladie. Enfin, la pleurésie sèche, étendue à tout un côté, indique que le poumon est envahi presque du haut en bas et comporte par cela même un pronostic grave.

2° La péricardite n'est pas une localisation habituelle de la tuberculose et son apparition est toujours un fait grave ; cependant elle peut guérir et vous savez qu'un bon nombre de symphyses péricardiques reconnaissent cette origine.

3° La laryngite peut être passagère et accidentelle chez un tuberculeux; mais la laryngite persistante où le laryngoscope montre, non pas même les ulcérations caractéristiques, mais la tuméfaction persistante des régions aryténoïdiennes allant parfois jusqu'à l'épiglotte, cette laryngite tuberculeuse annonce ordinairement une évolution rapide des lésions pulmonaires.

4° Je ne vous parlerai guère des complications méningées, leur gravité est extrême ; elles peuvent cependant rétrocéder.

5° Ce fait est moins rare dans la tuberculose péritonéale que dans la tuberculose méningée ; dans un certain nombre de cas, la maladie semble osciller du péritoine au poumon et du poumon au péritoine Il est un peu difficile d'expliquer ces sortes de métastases, comme disait l'ancienne médecine ; cependant, si la coïncidence d'une tuberculose péritonéale indique sans doute une tendance fâcheuse à la généralisation, elle n'implique pas fatalement une évolution très rapide, puisqu'au contraire, les lésions pulmonaires peuvent s'arrêter pour reprendre ensuite.

6° J'en pourrais dire autant de la tuberculose génitale chez la femme, où ces sortes d'oscillations ne sont pas rares. J'ai soigné une dame qui fut atteinte d'une salpingite tuberculeuse quinze ans après avoir contracté la tuberculose pulmonaire ; il se fit un abcès qui s'ouvrit dans le rectum ; à dater de ce moment, elle eut tous les ans une poussée de péritonite localisée tandis que les lésions pulmonaires sommeillaient. Or, une année, les accidents péritonéaux n'eurent pas lieu, mais de nouveaux signes inquiétants apparurent du côté des poumons. Mais bientôt les symptômes abdominaux recommencèrent, tandis que les symptômes thoraciques s'effacèrent. Aujourd'hui cette dame ne conserve qu'une fistule rectale et l'affection pulmonaire semble guérie.

7° La tuberculose des vésicules séminales, de la prostate, celle du rec-

tum et les fistules consécutives indiquent toujours une tuberculose plus grave.

Il faut tenir compte enfin des complications dont la plupart assombrissent le pronostic. La bronchite est toujours chose fâcheuse, et bien plus encore la coqueluche, la rougeole, voire même la fièvre typhoïde ; celle-ci fait souvent apparaître une tuberculose jusque-là latente; c'est ce qui a fait dire que les malades soignés pour la fièvre typhoïde à l'hôpital contractent la tuberculose dans les salles ; je n'en ai jamais observé d'exemple et toujours j'ai vu la tuberculose accélérée chez des malades qui avaient antérieurement les signes de l'affection au début. La gravité peut être due au rachitisme, qui affaiblit l'organisme, ou à des causes d'ischémie locale, comme le rétrécissement pulmonaire, la compression de l'artère pulmonaire par un anévrysme de l'aorte.

Mais, à côté de ces complications aggravantes, il y a des complications atténuantes. C'est ainsi qu'agit l'emphysème. C'est ainsi qu'agissent dans une certaine mesure le rhumatisme et la goutte ; la tuberculose s'arrête plus volontiers chez les goutteux que chez les lymphatiques ; elle affecte facilement chez les sujets arthritiques la forme congestive, et c'est chez eux qu'on observe ces petites poussées fébriles dont je vous parlais tout à l'heure. Parfois le pronostic est atténué par les modifications de la circulation sanguine, c'est ainsi que la stase sanguine déterminée par le rétrécissement mitral peut ralentir la marche de la tuberculose et en déterminer l'arrêt. Vous trouverez un grand nombre de faits de ce genre dans la thèse de M. Teissier, ainsi que dans le travail qu'il a publié dans notre clinique de la Charité. Une dernière circonstance peut atténuer le pronostic, c'est la syphilis ; la syphilis prédispose à la tuberculose, et ce qu'on a appelé la phtisie syphilitique n'est souvent que la phtisie sur un terrain syphilitique. Mais quand une fois on est bacillaire, c'est presque un bonheur d'être syphilitique.

Vous comprenez, Messieurs, que le pronostic est extrêmement variable. Le traitement n'est pas davantage uniforme. Nous ne sommes plus à l'époque où la constatation du bacille faisait dire que le traitement devait s'attaquer uniquement à l'agent infectieux. Nous pouvons modifier le terrain, nous n'avons jusqu'à présent aucun moyen de détruire le germe.

Il faut d'abord combattre l'hyperémie. Nous avons vu que l'hyperémie passive est favorable, il est regrettable que nous ne puissions la provoquer, et cependant n'est-ce pas de cette façon qu'agit ce mode de traitement qui met le malade au repos, dans un air pur pour que les mouvements respiratoires n'aient pas besoin d'être trop fréquemment répétés. La diminution de l'activité circulatoire du poumon est sans doute une des causes de l'amélioration ainsi obtenue. Mais il n'en est plus de même de l'hyperémie active, contre laquelle il faut tout mettre en œuvre ; là encore le repos a une importance considérable, et c'est pour cela que les malades se trouvent si bien dans les stations d'altitudes. La toux est une cause d'hyperémie pulmonaire ; elle a parfois pour but l'évacuation des matières accumulées dans les bronches, mais le plus souvent c'est un réflexe qu'il faut diminuer par le repos, l'opium, la jusquiame, la belladone. La muqueuse stomacale est le point de départ d'un certain nombre de réflexes qui augmentent l'hyperémie pulmonaire, d'où indication de diminuer les excitations gas-

triques ; c'est ainsi qu'agissent les béchiques dont nous nous sommes tant moqués jadis, mais qui rendent de réels services ; vous recommandez aussi l'emploi du lait, tandis que vous proscrirez l'alcool, le tabac, l'alimentation excessive, la suralimentation quand elle n'est pas mesurée aux aptitudes gastriques. Localement, vous aurez recours aux pointes de feu, aux vésicatoires, à l'iode, surtout au coton iodé de Méhu, qui a l'avantage de ne pas déterminer d'épaississement de l'épiderme ; on l'étale en couche mince pour ne pas trop irriter la peau et on le recouvre de baudruche ou de gutta-percha.

Les astringents sont excellents, notamment le tannin. Je préfère le donner en solution dans l'eau dans la proportion de 2 pour 100 et je l'ajoute à une infusion amère ; cette solution suffisamment diluée est bien tolérée par les malades ; j'arrive ainsi à faire prendre soixante centigrammes à un gramme dans la journée. Il vaut mieux employer le tannin à l'alcool que le tannin dissous dans l'éther. Il peut parfois être utile de lui associer la digitale.

L'arsenic est aussi un décongestionnant utile ; ici, c'est la forme solide qui est mieux tolérée. On prescrit des granules de Dioscoride, deux, puis trois ou quatre à chaque repas ; ces granules ne sont pas toujours rigoureusement dosés; mais cela a peu d'inconvénients quand il s'agit d'un médicament qui n'agit que lentement et progressivement. Ainsi s'explique l'utilité de certaines eaux minérales, celles du Mont-Dore chez les arthritiques ; celles de la Bourboule chez les lymphatiques.

Contre les granulations tuberculeuses il convient d'employer les iodures à petite dose. Pour ma part, j'emploie l'iodure de sodium à la dose de dix centigrammes, deux et trois fois par jour, dans une certaine quantité de lait. Pour rendre le lait plus facile à assimiler, je prescris la solution suivante :

Chlorure de sodium.......	20	grammes
Bromure de sodium.......	5	—
Iodure de sodium.........	2	—
Eau......................	100	—

Une cuillerée à café 2 à 3 fois par jour

Quand le malade ne tolère pas cette solution, on peut ordonner le sirop iodo-tannique de Guillermont, qui contient par cuillerée à café six centigrammes d'iode et douze centigrammes de tanin, si le sirop est mal toléré, on lui substitue une simple solution dans l'eau.

Si le catarrhe bronchique chronique est prédominant, vous vous trouverez bien des térébenthinés, du goudron, de la créosote en particulier, mais ils peuvent être nuisibles si la congestion est très intense ; c'est une erreur de considérer la créosote comme le médicament spécifique de la tuberculose.

Parfois on retire des effets utiles des eaux sulfureuses comme Eaux-Bonnes, Allevard, Cauterets, Enghien même. Jadis on envoyait tous les tuberculeux à Eaux-Bonnes; on réserve aujourd'hui ces eaux aux cas où il y a surtout du catarrhe chronique sans grande tendance à la congestion.

Il y a, de plus, grand avantage à nourrir les malades, surtout avec les graisses. Vous insisterez sur l'huile de foie de morue dont on obtient ordi-

nairement la tolérance par l'usage de doses progressivement croissantes; si elle est mal supportée, vous la remplacerez par le lait, le beurre etc.

Contre les sueurs nocturnes, il faut donner le phosphate de chaux à hautes doses et prescrire des préparations insolubles. On obtient des effets très marqués avec le phosphate neutre ou tribasique à la dose de 4, 6 et 8 grammes.

Il reste enfin à combattre certains états diathésiques; contre la syphilis, le traitement spécifique est naturellement indiqué; contre la diathèse arthritique, vous emploierez le salicylate de soude et vous avez pu voir dans nos salles les symptômes locaux s'améliorer et disparaître sous l'influence de ce médicament.

En somme, le traitement doit varier suivant chaque cas et c'est par l'étude attentive du malade et des symptômes que vous en reconnaîtrez les nombreuses indications.

La question du parasitisme dans le cancer

Le parasitisme dans le cancer était une des questions mises à l'étude du dernier *Congrès international de Rome,* et beaucoup d'orateurs ont pris la parole pour soutenir que les néoplasmes malins se développaient sous l'influence d'un agent dont la présence est démontrée pour quelques-uns, mais qui n'est pas acceptée par d'autres.

Il ne nous appartient pas de trancher cette question et disons-le de suite, elle ne l'a pas été à Rome. Les différents auteurs ont surtout apporté des faits, et, il faut l'avouer, malgré toute la séduction de la théorie parasitaire, malgré la facilité qu'elle apporte dans la compréhension du développement et de la généralisation de certains néoplasmes, il semble que la démonstration de l'agent microbien devient de plus en plus difficile à prouver, tandis qu'au contraire les inoculations négatives paraissent gagner chaque jour du terrain.

Le rapporteur Pio Foa (de Turin), partisan du parasitisme l'a, bien entendu, défendu. Il a commencé par faire l'historique de tous ces éléments décrits dans les tumeurs et pris pour des corps parasitaires. Lui-même en a trouvé, qui seraient les mêmes que ceux signalés par Sondakevitch, Ruffer, Clarke et Cattle. Ce serait bien pour lui des agents particuliers et non des noyaux cellulaires dégénérés, comme on l'a prétendu et il essaie de le prouver par l'exposé de leurs réactions et de leurs propriétés bien particulières.

On n'a pas, dit il, obtenu jusqu'à présent de cultures du parasite du cancer; mais est-ce une raison pour dire qu'il n'existe pas? A-t-on plus réussi à cultiver l'hématozoaire de la malaria? Et pourtant il existe.

M. Cornil a pris aussi la parole sur cette question et a concédé qu'on trouvait dans le cancer un grand nombre de modifications de la forme des cellules et des noyaux qui pouvaient en imposer pour des parasites. Les noyaux des cellules cancéreuses se divisent tantôt en deux, tantôt en trois, quatre, cinq, six ou sept noyaux secondaires, et ces divisions aboutissent à la production de deux ou plusieurs cellules, contenant chacune un noyau, ou à la production de plusieurs noyaux siégeant dans le protoplasma de plusieurs cellules. Quant à dire que ces noyaux sont des parasites, c'est

autre chose. M. Cornil n'est pas convaincu ; il est loin d'être hostile au parasitisme du cancer, mais jusqu'ici les partisans de cette théorie se sont uniquement basés sur la morphologie, et les corps décrits par eux comme étant des parasites ne lui paraissent pas être autre chose que des modifications des noyaux et des cellules, résultant des mouvements de la nucléine et de la paranucléine, en rapport avec leur croissance extrême et avec leurs dégénérescences variées.

Comme on le voit, les coccidies et tous les corps qu'on a décrits comme s'en approchant ne seraient, pour le savant professeur de la Faculté, que des transformations cellulaires. C'est, comme on le voit, l'opinion défendue par Duplay et Cazin au Congrès international d'hygiène de Londres, au Congrès de Rome et, en dernier lieu, dans la thèse (1) de ce dernier, dont nous allons maintenant exposer les points principaux.

Dans une première partie, l'auteur discute le rôle de l'*hérédité* et celui des diverses influences générales (*alimentation*, *climat*, *races*, etc.), au point de vue de la prédisposition au développement des néoplasmes, il étudie ensuite l'action des causes locales, telles que l'*inflammation* et les *traumatismes*.

L'*inflammation* a été souvent, en effet, incriminée comme pouvant précéder l'évolution d'un cancer, et la plupart des auteurs classiques admettent la possibilité de la transformation de certaines lésions inflammatoires chroniques en néoplasmes malins, MM. Duplay et Cazin ont cherché à se rendre compte expérimentalement de ce que peut faire l'inflammation entretenue artificiellement par une irritation mécanique fréquemment renouvelée, ou par certains produits, comme la suie et le goudron, qui ont été précisément considérés comme susceptibles de déterminer chez l'homme des inflammations capables de se transformer ensuite en lésions cancéreuses. Les auteurs de ces recherches ont, sans aucun résultat durable, entretenu pendant plusieurs mois une inflammation chronique chez le chien, en combinant l'action de grattages à la curette à l'application de suie sur des surfaces épithéliales fréquemment avivées. Il leur a été facile, sur des coupes de végétations inflammatoires obtenues par ce traitement, de retrouver, à une assez grande distance de la surface libre de ces végétations, des granulations de suie contenues à l'intérieur de leucocytes, mais en aucun point ils n'ont pu constater la formation de bourgeons épithéliaux, ni même la moindre prolifération du revêtement épithélial de la surface traumatisée et chroniquement enflammée.

Au sujet de l'influence des *traumatismes*, si souvent invoquée dans les observations de tumeurs malignes, MM. Duplay et Cazin ont cherché encore expérimentalement à favoriser le développement de greffes cancéreuses dans des tissus épithéliaux en soumettant ces tissus à des traumatismes variés, sans que le résultat ait été appréciable.

Dans d'autres expériences, enfin, ils ont traumatisé à plusieurs reprises des organes glandulaires, sans obtenir autre chose que des tuméfactions passagères. La durée de ces expériences, qui, dans un seul cas, a dépassé quatorze mois, est en réalité trop courte pour que l'on soit en droit, bien que le microscope n'ait pas révélé l'existence de la moindre lésion, d'en conclure que le traumatisme puisse être rayé de la liste des causes parti-

(1) *Des origines et des modes de transmission du cancer*, par M. Cazin, Paris, 1892.

cipant au développement des tumeurs malignes, alors qu'on doit, au contraire, chercher à préciser ce rôle du traumatisme, notamment dans ces cas d'épilhéliomas traumatiques par greffe dermique, dont M. Christiani a rapporté dernièrement des exemples.

Dans sa thèse, M. Cazin aborde l'étude des principales théories émises sur la nature et les origines des cancers, et il insiste principalement sur la théorie psoro-spermique.

Il a pour sa part beaucoup travaillé cette question et suit les idées de M. Cornil, voyant dans tous ces nouveaux corps décrits de simples transformations cellulaires.

La deuxième partie est consacrée à l'étude de l'*inoculabilité et de la contagion directe des cancers*, c'est là une question particulièrement intéressante, et M. Cazin, donne les résultats expérimentaux obtenus dans des recherches faites en commun avec M. le professeur Duplay; c'est d'après un très grand nombre d'inoculations que l'auteur arrive aux conclusions suivantes. La *contagion directe* du cancer ne paraît s'effectuer que dans des cas très rares; on n'est donc pas en droit de considérer les cancéreux comme des contagieux, au sens absolu du mot. En ce qui concerne la théorie parasitaire du cancer et particulièrement la théorie psorospermique, elle ne repose pas actuellement sur des faits nettement établis, on ne saurait préjuger en rien de ce qui résultera des recherches ultérieures.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1894. — Présidence de M. Rochard.

La pathogénie des épistaxis infantiles

L'épistaxis est une affection que peuvent revendiquer à titre égale la pathologie médicale et chirurgicale.

M. Verneuil veut attirer aujourd'hui l'attention sur deux de ses variétés, la *juvénile* et l'*héréditaire* dont l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique ne sont pas encore bien fixées. Après avoir cité des extraits de Martineau, de G. Sée, de Forgues et Besnier relatifs à cette question, M. Verneuil ajoute : « Il ressortirait de tout ceci que l'épistaxis juvénile se retrouve fréquemment dans les antécédents plus ou moins éloignés de la phtisie et du rhumatisme des adultes; — qu'elle peut reparaître chez des sujets âgés de 50 à 60 ans, sous des influences à la vérité mal connues; — que, d'autre part, elle aurait pour cause, tantôt la pléthore ou un molimen hémorrhagique, tantôt, au contraire, une débilitation profonde due à la croissance exagérée, à l'établissement de la puberté, au mauvais régime, à l'onanisme, etc., toutes conditions antérieures conduisent à l'anémie... » Cette liste étiologique est non seulement vague et banale, mais encore incomplète.

M. Verneuil n'a que rarement constaté les rapports de la tuberculose avec l'épistaxis juvénile ; au contraire, il a bien souvent observé cette dernière chez des sujets plutôt vigoureux, issus de parents arthritiques et destinés à devenir arthritiques eux-mêmes, plusieurs étant déjà migraineux, à embonpoint précoce, à urines troublées par les urates ou trop riches en acide urique. Ces pertes de sang abondantes conduisent du reste à la faiblesse et même à une anémie heureusement passagère bien différente de celle des tuberculeux.

Il faut surveiller les sujets qui ont été atteints d'épistaxis juvénile, car ils sont exposé

plus tard à perdre du sang à une époque quelconque, non seulement par le nez, mais par le poumon, l'anus, la matrice, en l'absence même de toute lésion organique maligne. M. Verneuil cite plusieurs observations qui montrent la réalité de ce qu'il avance et prouvent qu'on aura intérêt à rechercher chez tout adulte affecté d'hémorragies réitérées quelconques de nature congestive s'il y a eu des épistaxis juvéniles.

Les causes vulgaires complaisamment énumérées sont rarement capables de provoquer l'épistaxis juvénile, sans le concours direct ou indirect de certaines dyscrasies ou toxémies et de diverses lésions des grands viscères. On doit placer en première ligne les affections hépatiques dont on connut de tout antiquité les relations avec l'épistaxis.

La rareté des maladies du foie dans l'enfance et dans l'adolescence est peut-être moins grande qu'on ne le croit et plus apparente que réelle ; elles jouent certainement un grand rôle dans la pathogénie des épistaxis juvéniles.

Le Dr Harkin rapporte l'observation d'un jeune homme, qu'il traita pour une épistaxis abondante de la narine gauche et qui avait le foie hypertrophié avec dilatation des veines cutanées à ce niveau. Le père de ce malade avait eu une congestion hépatique de cause alcoolique.

M. Verneuil a trouvé chez un jeune sujet, mort d'infection purulente, suite d'anthrax avec cirrhose hépatique qui avait été entièrement méconnue pendant la vie.

Chez une enfant de 5 ans qui présentait des épistaxis persistantes, M. Verneuil a constaté que le foie était doublé de volume et offrait les caractères du foie gras, ou amyloïde, et de la cirrhose hypertrophique. La lésion hépatique était ancienne car, à diverses reprises, l'enfant avait rendu du sang par quelques petits bourrelets hémorrhidaux et avant la première épistaxis elle avait eu une fièvre éruptive avec purpura et selle mélœniques. On avait probablement affaire à une cirrhose syphilitique.

En résumé, pour M. Verneuil, il faudra, en cas d'épitaxis infantile ou juvénile, s'enquérir plus soigneusement qu'on ne l'a fait jusqu'ici des affections latentes ou patentes de la glande hépatique.

M. Verneuil, après avoir reproduit le paragraphe consacré par MM. Forgues et Besnier à l'épistaxis héréditaire des adolescents, émet l'opinion que ces auteurs acceptent trop aisément l'entité morbide hypothétique que l'on appelle hémophilie. M. Verneuil ne l'a jamais observé et actuellement on ne publie pour ainsi dire plus d'observations.

L'éminent maître rapporte ensuite une observation inédite d'épistaxis héréditaire. La plupart des membres de la famille du jeune malade avaient présenté des épistaxis ou en présentaient encore et les manifestations rhumatismales chez les parents étaient évidentes. La grand'mère maternelle avait eu une grave maladie du foie, à laquelle elle avait succombé, et un des pères souffrait d'une affection hépatique.

En résumé, dans une famille nombreuse composée de sujets vigoureux, mais arthritiques, un grand nombre de membres ont des épistaxis, des hémorrhoïdes, des douleurs rhumatismales et plusieurs présentent des lésions hépatiques plus ou moins graves. On ne peut songer à faire intervenir l'hémophilie, et la lésion des épistaxis avec l'hépatisme est évidente.

M. Verneuil continuera sa communication dans la prochaine séance.

M. Panas a vu, chez un enfant, une exophtalmie consécutive à un épanchement sanguin de l'orbite. Le petit malade avait une dilatation de l'estomac et présentait des épistaxis lorsqu'il mangeait trop. Des épanchements sanguins intra-oculaires ont été attribués à la constipation. Cette dernière gêne la circulation porte et peut entraîner des auto-intoxications suivies alors d'hémorrhagies dyscrasiques. L'épistaxis peut dépendre d'altérations hépatiques, cela est vrai, mais elle peut aussi avoir une autre pathogénie et c'est ainsi que, chez les vieillards, par exemple, elle relève souvent de lésions cardio-artérielles.

M. Verneuil insiste sur ce fait, que les toniques et les reconstituants sont nuisibles dans le traitement des épistaxis dont il a parlé, car ils favorisent les hémorrhagies en augmentant la quantité du sang.

Au cours de la séance, MM. Mairet (de Montpellier) et Vergely (de Bordeaux) ont été élus correspondants nationaux.

— L'académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du Rapport de M. d'Arsonval, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne M. Hanriot ; en deuxième ligne, M. G. Pouchet ; en troisième ligne et ex-æquo MM. ,ndré, Burcker et Regnard.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Accidents causés par le salol. — L'absorption cutanée du gaïacol.

MM. Patein et Désesquelles ont communiqué à la Société de Thérapeutique un nouveau cas d'accidents causés par le salol administré à l'intérieur. Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, ne présentant dans ses antécédents héréditaires ou personnels aucune tare névropathique quelconque qui, atteint d'une angine aiguë, ingéra de son propre mouvement une dose d'environ 8 grammes, en quatre prises, dans l'espace de quelques heures. Deux ou trois heures après la prise de salol, le malade fut pris d'une constriction intense de tout le vestibule buccal et l'isthme du gosier ; vers quatre heures du matin, s'étant levé pour uriner, il avait à peine fait quelques mouvement qu'il eut à plusieurs reprises des vomissements violents. « Je me levai quelques heures plus tard, a-t-il raconté, fiévreux, la peau chaude, la langue sèche ; j'eus des crachats sanguinolents ; toute m'a sensibilité était émoussée, je ne m'entendais pas marcher, j'avais des étourdissements ; le sens du toucher était également modifié. Vers midi, ayant voulu manger des radis, je me figurais mordre dans un bâton de craie. A ce moment, les nausées, très atténuées, persistaient encore un peu. » L'examen des urines, qui n'étaient pas noirâtres, pratiqué le jour même de ces accidents, ne révéla aucune trace d'albumine; on put déceler pendant trois jours de suite, après la cessation du salol, la présence du phénol et de l'acide salicylurique. On ne constata sur aucune partie du corps des plaques érythémateuses.

A quelle cause faut-il attribuer ces troubles de la sensibilité ? Si l'on objecte que la perte du goût peut être due à l'angine, il n'en reste pas moins les modifications des sens du toucher qui se sont manifestées après l'administration du salol pour disparaître après la cessation de son emploi ; elles sont dues, selon MM. Patein et Désesquelles, au phénate de soude résultant du dédoublement du salol dans l'organisme, car chacun connait les propriétés anesthésiques marquées de l'acide phénique.

— Quand M. Sciollo attira l'attention sur le remarquable abaissement de température provoqué chez certains fébricitants par le badigeonnage du gaïacol, il admit, avec MM. Maragliano et Devoto, que l'action antithermique de ce corps est une conséquence de son absorption par la peau. M. Devoto a même indiqué, à ce sujet, la marche de l'élimination du gaïacol par les reins. Il constata qu'après une application de 6 centigrammes sur un membre, il suffit d'une heure pour constater l'apparition du gaïacol dans l'urine, que l'élimination atteint son maximum en cinq ou six heures et va ensuite en diminuant.

M. Saillet avait, antérieurement, admis l'absorption de la créosote, mais il la considérait comme très faible. Il a conseillé les frictions faites avec une solution alcoolique de créosote à 20 degrés.

A la Société de médecine de Lyon, M. Lannois a soutenu l'opinion que le gaïacol agit

par absorption. Il invoquait, comme argument, le fait que la crésote abaisse la température des fébricitants, quelle que soit la voie d'introduction : bouche, rectum, tissu cellulaire sous-cutané.

Des expériences entreprises à cette occasion, démontrent qu'il en est de même pour le gaïacol et, de plus, que quand il s'agit d'injections sous-cutanées, l'abaissement de température est proportionnel à la quantité injectée. Aussi, chez un malade, l'injection de 1 centimètre cube d'un mélange à parties égales d'huile d'amandes douces et de gaïacol abaissa la température de 38°6 à 36°5, tandis qu'un demi-centimètre cube ne 'abaissa que de 38°7 à 37°4.

Ces faits prouvent que le gaïacol déposé sur la peau n'agit pas autrement que le gaïacol absorbé ; mais ne sauraient constituer une démonstration de l'absorption.

L'absence de données numériques dans les recherches de M. Devata, la médiocrité de la quantité de créosote retrouvée dans l'urine par M. Saillet permettaient d'interpréter les résultats obtenus par ces expérimentateurs sans faire intervenir l'absorption cutanée. On pouvait admettre que le poumon seul absorbait les vapeurs exhalées par le médicament étalé en large surface à peu de distance des voies respiratoires, c'est ce qu'a soutenu Merget pour le mercure employé en frictions, c'est ce que M. Guinard affirma pour le gaïacol.

Tel était l'état de la question, lorsque MM. Linossier et Lannois ont entrepris des recherches sur l'absorption cutanée du gaïacol.

Ils ont constaté : 1° Que le gaïacol appliqué en badigeonnages est absorbé par la peau, et cette absorption se produit, au moins en grande partie, à l'état de vapeur ;

2° L'absorption est très rapide ; un quart d'heure après le badigeonnage, on peut déjà déceler le médicament dans l'urine. La proportion s'accroît peu à peu et atteint son maximum en une heure et demie à quatre heures.

L'élimination est à peu près complète en vingt-quatre heures.

3° On peut retrouver dans l'urine totale des vingt-quatre heures, jusqu'à 55 pour 100 du gaïacol appliqué sur la peau. La quantité absolue maximum éliminée en vingt-quatre heures, a été de 3 gr. 3 après un badigeonnage de 10 grammes.

4° En dehors de leur importance physiologique, ces expériences présentent un intérêt thérapeutique réel. La créosote et le gaïacol sont aujourd'hui très utilisés dans le traitement de la tuberculose ; leur absorption par voie buccale est forcément limitée par la tolérance gastrique ; l'usage des lavements n'est pas toujours supporté longtemps par les malades ; la technique des injections sous-cutanées est compliquée quand il s'agit de faire pénétrer dans l'organisme une grande quantité de gaïacol ; enfin les frictions alcooliques de M. Saillet ne font absorber qu'une quantité médiocre du médicament.

Les badigeonnages de gaïacol permettent, au contraire, de faire pénétrer dans la circulation une très grande quantité de gaïacol. L'application en est très simple, et lorsque le gaïacol est pur il ne produit aucune sensation locale désagréable.

Pour obtenir le maximum d'absorption, il importe, après avoir étendu le gaïacol sur la peau avec un pinceau, de recouvrir la partie badigeonnée avec une toile imperméable, et une couche de coton. La première s'oppose à la diffusion des vapeurs. La seconde favorise la vaporisation en empêchant le refroidissement de la surface cutanée.

La température du malade devra être attentivement surveillée.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

—

Coqueluche grave chez un enfant d'un mois traitée par 300 bains froids sinapisés. — Guérison. — Essai de pathogénie.

Par le docteur Maurice SPRINGER.

Un nouveau-né âgé d'*un mois*, atteint d'une coqueluche grave compliquée ultérieurement d'une broncho-pneumonie double et guérissant après avoir, comme unique traitement, pris 300 bains froids sinapisés, c'est là un fait assez rare et qui mérite d'être signalé.

Le traitement des maladies infectieuses par les bains, s'est définitivement introduit dans la thérapeutique générale; cependant il rencontre encore des résistances auprès de quelques cliniciens. C'est pourquoi il n'est pas sans intérêt de rapporter les faits, qui plaident avec force en faveur d'une méthode qui, chez les enfants surtout, est capable de donner des résultats utiles dans les cas les plus désespérés.

Voici une observation qui a toute la valeur d'une expérience de physiologie pathologique, car pendant tout le cours de la maladie, l'enfant n'a pris aucun médicament; les bains seuls ont été employés.

Une petite fille d'un mois est prise de coqueluche en même temps que sa sœur âgée de 5 ans et qu'une servante.

Au bout de quelques jours les quintes nettement caractérisées deviennent très fréquentes.

L'enfant refuse le sein, les accès de suffocations répétés sont accompagnés d'une teinte violacée à laquelle succède une coloration pâle d'aspect cadavérique.

L'auscultation ne révèle rien d'anormal dans la poitrine, sauf quelques râles de bronchite disséminés.

FEUILLETON

—

A propos de médailles

Le choléra qui a fait quelques ravages dans le département du Finistère, l'an dernier, a été l'occasion d'une pluie de médailles de tous métaux et de tous modules. La liste des heureux titulaires de ces récompenses non moins tardives qu'officielles, a été publiée il y a peu de jours et on ne saurait la lire sans avoir la mémoire obsédée d'un dicton qui a cours depuis fort longtemps — depuis toujours, peut-être, — dans le milieu militaire, et qui va devenir légendaire aussi dans le milieu civil: « On est récompensé dans la personne de ses chefs. » Cela ne saurait beaucoup surprendre, puisque désormais, malgré l'opposition irréductible du colonel Ramollot, l'armée se recrute presque entièrement dans le civil. Il y a même (nous en avons déjà causé entre nous) une tendance manifeste à la recruter autant que possible dans la profession médicale. La seule raison sérieuse qu'on en puisse donner, c'est que cette profession est exercée

La situation s'aggrave rapidement. Au moment des quintes l'enfant réagit à peine, il ne crie plus et ne fait aucun mouvement. La respiration est si faible et si superficielle, que l'entourage de l'enfant considère la mort comme imminente, le petit malade ne tétant plus depuis 48 heures.

C'est en présence de cette situation critique, que je prescrivis les bains sinapisés, en prévenant les parents que vraisemblablement l'enfant succomberait dans l'eau.

Je surveillais moi-même l'application du premier bain. On plongea le petit malade dans de l'eau à 37° c. à laquelle on avait ajouté deux poignées de farine de moutarde. Au bout de deux minutes on essuya l'enfant. Il criait fortement, la surface de son corps était devenue rouge. On l'enveloppa dans une couche épaisse d'ouate hydrophile, assujettie par une couverture de laine, puis on lui présenta le sein ; il téta avec avidité.

Enhardi par ce premier résultat, je prescrivis une heure après un second bain à 35°, il fut suivi des mêmes phénomènes. Dès lors le traitement fut institué méthodiquement. Toutes les deux heures l'enfant fut plongé dans un bain sinapisé. L'eau fut refroidie de deux degrés à chaque application, de sorte qu'au bout de peu de temps l'eau était à 18° c.

Le fait le plus frappant, c'est que l'enfant tétait après chaque bain. Les quintes devinrent moins fréquentes et moins fortes. Bref, la famille considérait le bébé comme hors de danger.

Quel ne fut pas mon étonnement lorsqu'un soir je trouvai l'enfant sorti de l'ouate, et revêtue de ses langes ordinaires. Je prévins les parents de leur imprudence. Le lendemain l'enfant avait une température de 41° et une broncho-pneumonie du poumon gauche.

La partie me parut définitivement perdue, car la suffocation était extrême.

Je fus vivement sollicité de traiter cette fluxion de poitrine par le vomitif traditionnel, par un vésicatoire, et surtout par le sulfate de quinine. Je me bornai à prescrire des bains froids sinapisés toutes les deux heures jour et nuit.

Pendant 8 jours l'enfant prenait le sein après chaque bain, mais la suffo-

---

par des hommes exceptionnellement courageux pour qui l'intrépidité est une vertu banale. C'est sans doute à cause de cela qu'on juge inutile de donner à nos confrères des récompenses adéquates à leur mérite et que, dans ces distributions périodiques de disques en or, en vermeil, en argent ou en bronze on nous réserve de préférence les accessits, pour laisser les premiers prix, à titre d'encouragement sans doute, à d'autres qu'à nous. C'est ainsi que le maire d'une grande ville de l'Ouest s'est trouvé être titulaire d'une médaille en or, alors que la plupart des médecins de la même région n'ont reçu qu'un hochet de catégorie très inférieure. Je n'ajoute pas, cela va sans dire, que la grande majorité de nos confrères, tout en ayant fait leur devoir avec l'abnégation et le dévouement qui nous sont habituels, n'ont rien reçu du tout. Or, si le fait d'être sénateur est de nature à augmenter la valeur intrinsèque d'une action d'éclat, cette qualité ne devrait pas aller jusqu'à transformer en titre de gloire la plus prudente des attitudes ; et chacun sait que le magistrat dont il s'agit eut besoin d'être rappelé à son poste de danger par les avertissements réitérés de la presse locale. Je ne m'oppose point à ce qu'on honore cette prudence, si on en a le désir ; je voudrais seulement qu'on ne

cation se reproduisait par crise et était suivie d'une période d'année et la mort paraissait imminente. L'auscultation montrait que la broncho-pneumonie envahissait successivement et par poussées les différentes parties des deux poumons.

Après 15 jours, depuis le début de la broncho-pneumonie, la suffocation diminua et les quintes de coqueluche défigurées par la dyspnée reprirent leurs caractères nets. Mais la fièvre restait toujours très élevée.

La température devint l'indication des bains. On ne laissait pas l'enfant avec une haute température.

Tous les 3 heures le thermomètre était introduit dans le rectum, et dès qu'il arrivait aux environs de 40°, la température était rabaissée dans l'eau froide. Au sortir de l'eau le thermomètre marquait 38, 37 parfois 36. L'enfant était ainsi artificiellement maintenu à une température basse. D'ailleurs, dès que la fièvre augmentait on était averti par l'agitation et les dyspnées du petit malade, le thermomètre confirmait l'indication et le bain faisait disparaître tous ses symptômes en même temps.

Après un mois de traitement la broncho-pneumonie était éteinte, la température était revenue normale, les quintes seules persistaient au nombre de 15 à 20 par jour, mais elles s'atténuèrent progressivement et ne furent bientôt plus suivis de vomissements, on ne donnait plus que trois bains froids par jour.

Au bout de deux mois l'enfant guéri partait à la campagne.

Il avait pris plus de *trois cents bains froids*.

Un an s'est écoulé, depuis cette maladie, aujourd'hui l'enfant ne présente plus aucune trace de ces affections, il est admirablement bien développé et il présente l'aspect d'une santé des plus florissantes.

Tel est le fait clinique.

L'âge de *un mois*, l'intensité de la coqueluche, l'impossibilité de se nourrir, et une broncho-pneumonie double, sont autant de causes défavorables réunies dont chacune suffirait à amener la mort de l'enfant.

L'eau froide sinapisée ayant été le seul traitement employé, il ne me paraît trop présomptueux de penser que cette méthode a été pour quelque chose dans la guérison.

---

l'honorât pas outre mesure et que le degré d'honneur fût mesuré, dans des cas pareils, au mérite des actes plutôt qu'à l'élévation du rang social ; je voudrais surtout qu'on ne fît à personne une infériorité de ce que sa profession comporte une plus forte moyenne individuelle de telle ou telle sorte de courage et que, dans chaque profession (dans la nôtre en particulier), on pût jouir du privilège, jusqu'à présent réservé aux militaires, d'avoir presque le monopole de la récompense même lorsqu'on est censé avoir presque le monopole de la vertu.

J'aimerais que, désormais, un des nôtres ne fût plus exposé à s'entendre dire, dans des circonstances où il avait déployé un héroïsme et une abnégation à étonner des soldats eux-mêmes : « Vous serez proposé en fin de campagne, mon cher docteur, mais on ne peut pas *décemment* faire une proposition spéciale pour faits de guerre, quand il s'agit d'un médecin. » Est-ce que vous ne vous demandez pas comme moi, en présence de cette anecdote absolument véridique sous son anonymat, lequel il faut le plus admirer de l'égoïsme ou de la bêtise de celui qui fit, à l'expression d'un légitime désir, cette monumentale réponse ?

Pour répondre, par avance, aux objections qu'on pourrait opposer à ce mode de traitement, je tiens à justifier cette méthode qui n'a pas encore pour elle la consécration des ouvrages classiques, et à montrer qu'elle se déduit logiquement, à ce qu'il me semble, de considérations théoriques sur la pathogénie de la coqueluche, si imparfaitement connue qu'elle soit même à l'heure actuelle. (*A suivre*).

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Un rapport de M. Terrier, sur un travail de MM. Hartmann et Morax, amène une petite discussion que nous allons analyser ; mais voilà d'abord les faits. Les deux auteurs que nous venons de citer ont examiné le pus de salpingites, d'hydrosalpynx et d'hématocèles retro-utérines dans soixante-dix cas et ont été frappés de la stérilité très fréquente de ce liquide. C'est ainsi qu'ils n'ont rencontré que douze fois le gonocoque ; il était à l'état pur, sauf dans une observation où il était mélangé à du bactérium coli. Chez quatre autres malades le streptocoque était en cause, et enfin, dans deux cas, le pneumocoque avait déterminé les lésions. Toutes les anciennes salpingites, au contraire, donnèrent un examen négatif ; elles étaient probablement dues à des gonocoques, sauf chez une malade où il s'agissait nettement d'ovarite tuberculeuse. Il faut rapprocher de ces faits la constatation du streptocoque dans toutes les suppurations du ligament large. MM. Hartman et Morax ont de plus fait la remarque suivante, que toutes les salpingites à gonocoque avaient présenté des poussées de pelvipéritonite et que l'élévation de température ne paraissait pas avoir de rapport avec la nature de l'agent infectieux.

Au point de vue thérapeutique, ils ont tiré des conclusions pratiques de ces examens et voilà leur façon de faire qui n'est, bien entendu, autre que celle de leur maître, le professeur Terrier. Dans toute laparotomie pour annexite suppurée, on doit placer un drain qui sera retiré au bout de quarante-huit heures, quand l'examen bactériologique aura montré que le pus

On ne répondit rien parce qu'il ne demanda rien, mais on ne donna pas davantage à un médecin dont je veux vous conter un trait de courage vraiment peu ordinaire. Son amitié que j'estime précieuse et qui est d'une exquise délicatesse sur le chapitre de la modestie, est la seule cause qui s'oppose à ce que j'écrive son nom en toutes lettres ; à peine me pardonnera-t-il le récit pur et simple du fait qui se passa il y a tantôt vingt ans.

C'était en Nouvelle-Calédonie, la terre promise et bénie des criminels. On vint un soir réclamer les soins de mon ami pour toute une famille de surveillant de pénitencier où une série d'horribles assassinats venaient d'être commis La maison où la scène de meurtres s'était déroulée était éloignée de plusieurs kilomètres du poste où il habitait lui-même. Préparer à la hâte les objets nécessaires aux secours, faire seller son cheval et partir au galop fut l'affaire de quelques instants, et le voilà parti, bride abattue, tout seul.

Pas de routes encore, sur ce point de l'île. Des sentiers à peine tracés dans la brousse en tenaient lieu. Ce fut une chevauchée à donner le frisson à travers des buissons touf-

était stérile. Cette pratique est bonne, puisqu'il n'y a eu qu'un seul décès sur 70 cœliotomies.

Les examens de M. Quénu ont donné les mêmes résultats. Une seule fois on a trouvé du staphylocoque dans un abcès. Les six autres recherches ont été négatives. M. Quénu draine les suppurations des annexes et sur 40 opérations pratiquées, presque toutes pour des affections suppurées, il n'a eu qu'une seule mort survenue dans des conditions qui méritent d'être relatées.

Il s'agissait d'une femme de 27 ans, vierge, qui, à la suite d'une chute souffrit dans le ventre et vit ses règles augmenter de fréquence et d'abondance. Elle entra à l'hôpital à plusieurs reprises, fut curettée sans amélioration. Bref, M. Quénu fut amené à pratiquer la laparotomie et fut frappé de trouver sur les deux trompes deux abcès caséeux qui, rapprochés de la toux opiniâtre dont était atteinte la malade, le fit penser à une tuberculose tubaire. Tout alla bien dans les premières vingt-quatre heures. L'opérée émit des gaz, eut une garde robe ; lorsque, le lendemain matin la température monta, les hémoptysies commencèrent, bientôt suivies d'une anxiété respiratoire considérable. Bref, à sept heures du soir, moins de trente-six heures après l'intervention, la malade mourait.

On trouva dans les crachats des pneumocoques. M. Metschnikoff, qui examina les trompes, fut frappé de n'y rencontrer aucun microbe; les parois ne montrèrent, du reste, aucune cellule géante, mais elles contenaient des hématozoaires semblables à ceux décrits par Laveran dans la malaria, sporozoaires qui furent aussi trouvés dans les poumons à l'exclusion de toute espèce de pneumocoque.

Après le récit de cette curieuse observation, la discussion reprend par l'intervention du président, M. Championnière. Pour ce chirurgien, ces recherches bactériologiques n'ont qu'un intérêt purement théorique. Pour sa part, il a toujours refermé le ventre, quelle que fût la nature du pus et il lui a même semblé constater que ces cas suppurés étaient ceux qui guérissaient le mieux. Sur 260 laparatomies pratiquées dans ces conditions, le chirurgien de Saint-Louis arrive à une mortalité de 2 1/2 p. 100.

---

fus de *lantana*, à travers les bois de *niaouli* aux troncs blancs tordus pareils à des spectres convulsés, à travers les rochers, à travers les ruisseaux grossis comme des torrents par une pluie diluvienne et impétueux à rouler ensemble cheval et cavalier, si la vigueur de l'un n'avait été décuplée par le sang froid et la maîtrise de l'autre. Car il faisait un orage épouvantable; un de ces orages équatoriaux dont on n'apprécie la violence et l'horreur que quand on les a vus et dont aucune description ne saurait donner une idée.

Là ce n'est pas le roulement seul du tonnerre qui est ininterrompu, ce sont les éclairs qui éclatent sans discontinuité. Dire qu'ils se succèdent avec une effrayante rapidité serait inexact ; ils ne se succèdent pas. Ils éclatent ensemble, de partout à la fois. Pendant des minutes, souvent, l'obscurité fait place, sans un instant de trêve, à la lumière bleuâtre et tremblée des décharges électriques *subintrantes* qui donnent à la luxuriante et grandiose nature des tropiques une apparence de formidable cahos et de cataclysmes de fin de monde. C'est par une nuit pareille que notre confrère, domptant sa monture affolée, parcourait le pays désert sous les éléments déchainés.

M. Terrier ne partage pas l'avis de M. Championnière et draine pour les raisons que voici. Les suppurations de la trompe sont des lésions qui, très souvent, déterminent des adhérences nombreuses et telles qu'on est obligé quelquefois de disséquer l'intestin, il lui est arrivé même de ne laisser que la couche muqueuse et il trouve imprudent de refermer le ventre quand on peut craindre l'irruption des matières fécales dans le péritoine. D'autant, ajoute M. Segond, qu'une perforation peut ne pas être créée visiblement, mais s'effectuer plus tard. Il a au moins trois observations de femmes qui, après la laparotomie, firent des fistules stercorales sus-pubiennes et qui seraient mortes, si le drainage n'avait pas été institué. Ce à quoi M. Championnière répond que ce sont alors les adhérences qui dictent la conduite dans ces cas et non la nature du pus, et M. Quénu concilie les deux opinions en faisant remarquer que ce sont les adhérences et le pus, les adhérences déterminant toujours un suintement sanguin, milieu de culture excellent pour l'ensemencement du pus.

Nous purgeons tous ou presque tous nos opérés, M. Delorme les constipe et ils n'en vont pas plus mal, au dire de l'orateur, qui le prouve par 160 observations avec courbes de température. Sur ces 160 opérés, il y a 110 cas de cure radicale et, dans les cas rares où il existe des coliques, l'administration du laudanum fait cesser tout malaise comme le ferait un purgatif.

L'appétit est conservé pendant cette constipation qui est maintenue huit à quinze jours; le sommeil est tranquille et, quoiqu'on en ait dit, le caractère n'est pas altéré. Enfin chose importante, l'influence sur la cicatrisation de la plaie est nulle. Aussi, M. Delorme se croit-il en droit de conclure que, chez les adultes qui n'ont pas l'intestin malade, la constipation provoquée n'a pas les inconvénients de la constipation spontanée et présente même des avantages dans les opérations pratiquées dans la sphère abdomino-génito-crurale.

Certes, reprend M. Quénu, il y a des malades qui restent constipés pendant 20 ou 25 jours et cela sans le moindre malaise; mais il est un fait certain, c'est qu'un purgatif fait baisser la température et remet à l'aise un

---

A mi-chemin, cinq formes blanches surgissent tout à coup à quelques mètres devant lui : ce sont les bandits qui ont commis le crime. Ils le guettaient là pour l'empêcher d'aller sauver ceux qui pourraient respirer encore et de conserver quelque témoin du carnage. A tous risques, il va franchir, d'un élan de son cheval, l'obstacle humain qui lui barre le passage; mais la bête effrayée hésite un moment... cela suffit; une main puissante a saisi l'animal aux naseaux et le contient. Le docteur D*** se voit perdu. Il serait trop long de prendre et d'armer le revolver dont peut-être d'ailleurs il n'a point songé à se munir. Il fait mieux. Doué d'une vigueur athlétique, il se dresse sur ses étriers, élève son point d'hercule et, comme une masse, le laisse retomber sur la tête de l'homme qui roule assommé. Cela a duré moins qu'un instant, et déjà mon ami est reparti, les éperons au ventre de sa monture, cavalier fantôme de cette nuit d'enfer. Il arrive enfin à la maison perdue où le drame s'est accompli. Sept corps sont étendus dans le sang. Deux enfants, dont l'un a dix-huit mois, le père et un condamné, domestique de la famille, sont morts. Trois personnes respirent encore. Les blessures — des coups de hache — sont effroyables. Les cous, les membres sont affreusement tailladés;

opéré gêné par les gaz. C'est probablement dans la virulence des microbes contenus dans l'intestin, virulence qui peut s'exagérer dans certaines conditions, qu'il faut chercher l'explication de ces faits.

M. Championnière est le partisan convaincu des purgatifs administrés aux opérés et ne peut pas être de l'avis de M. Delorme. Cent fois les bons effets d'une purgation ont été constatés par lui comme par tous, et il ne voit pas les raisons que M. Delorme invoque pour constiper ses malades; car ce qu'il vient de prouver c'est que ses opérés ont bien supporté la constipation et voilà tout. Pour sa part, il est plus tranquille quand les malades ont eu une garde-robe après une intervention abdominale, car le danger de l'occlusion intestinale est ainsi écarté.

M. Delorme termine la discussion en maintenant bien entendu ses conclusions et les défend en s'appuyant sur la nécessité de la constipation dans toutes les opérations qui portent sur le tube intestinal, cures radicales d'hémorrhoïdes, fistules à l'anus, sutures intestinales, etc... sur ce point il ne sera certes pas contredit.

Eugène Rochard

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

—

Technique de la balnéation

La nécessité d'une propreté rigoureuse pour l'entretien de la santé est un fait aujourd'hui scientifiquement démontré et admis par tout le monde. Il est reconnu que le corps tout entier doit être lavé avec le même soin que le visage et les mains, sinon avec la même fréquence.

Il y a pour cela deux ordres de moyens: les bains en baignoire et les bains par aspersion.

1° *Bains en baignoire* Les bains de propreté doivent être pris à une température d'environ 33 degrés. Ils doivent être très courts et ne pas dépasser dix minutes ou un quart d'heure au plus.

Aussitôt entré dans l'eau, on doit se savonner tout le corps et le frotter avec les mains

---

par les brèches du crâne l'encéphale fait hernie. La clarté, fumeuse et secouée par le vent, d'un reste de bougie que les misérables ont oublié d'éteindre, éclaire cette scène et sert à l'examen comme aux soins. Toujours tout seul — aucun voisin, et les gendarmes n'arrivèrent que le lendemain — notre confrère nettoie et panse toutes ces plaies, lie les artères, résèque les champignons de substance nerveuse herniée (1), fait les sutures et applique les bandages. Il y employa toute sa nuit, exposé sans cesse à un retour des scélérats armés. Quand il quitta la place, le jour était déjà levé. Croyez-vous qu'en fait de courage il soit facile de trouver mieux? Lui, cependant, fit presque mieux.

A quelques jours de là, sur la dénonciation de l'un d'eux, on connut les noms et la retraite des assassins. Ils s'étaient réfugiés dans un village indigène et y occupaient une de ces cases coniques à ouverture étroite et basse où l'on ne peut pénétrer qu'en

(1) Autant qu'il lui aurait été permis d'en juger dans ces conditions défavorables, le docteur D*** aurait constaté une blessure de la nuque intéressant le cervelet et en aurait réséqué une parcelle. Le fait mérite d'être signalé à cause de la guérison qui suivit une telle blessure.

pour en nettoyer toutes les parties. Cela fait on sort de la baignoire, on s'essuie rapidement avec un peignoir chauffé, on s'habille et on retourne à ses occupations. Il faut prendre un de ces bains tous les quinze jours pour se maintenir dans un état de propreté suffisant.

Le bain ainsi compris ne ramollit pas la peau, comme ceux qu'on prenait autrefois et qui duraient de trois quarts d'heure à une heure, il ne rend pas trop impressionnable au froid, et n'exige pas de précautions particulières pour les personnes qui se portent bien.

Ceux qui ont la peau trop susceptible pour supporter les frictions savonneuses peuvent substituer le son au savon.

Pour préparer un bain de cette sorte, on fait bouillir deux kilogrammes de son pendant un quart d'heure dans une quantité d'eau suffisante, on passe le liquide à travers un linge et on le verse dans l'eau du bain (Bouchardat).

Il y a un moyen plus simple qui consiste à renfermer les deux kilogrammes de son dans un nouet de linge qu'on place dans la baignoire et sur lequel on presse à l'aide des mains pour en faire sortir le liquide.

On peut donner au bain la même propriété en remplaçant le son par l'amidon. On délaie 500 grammes de cette substance dans 2 litres d'eau froide qu'on porte peu à peu à la température de l'ébullition et qu'on projette dans la baignoire quand elle est arrivée a l'état d'empois très liquide.

Les bains de propreté pris de cette façon n'ont aucun des inconvénients de ceux qu'on prenait autrefois et qui consistaient dans une immersion prolongée dans l'eau chaude ; mais ils coûtent trop chers pour permettre aux classes laborieuses d'en user aussi fréquemment qu'il le faut pour entretenir une propreté suffisante. Cependant les ouvriers qui travaillent au milieu de la poussière des usines, qui ont souvent le corps en sueur et ne changent pas assez souvent de linge, en ont encore plus besoin que les gens du monde. On ne peut pas en France donner un grand bain, avec le linge, à moins de cinquante centimes et c'est trop cher pour eux. Le procédé de balnéation qui convient aux classes laborieuses c'est le bain par aspersion dont nous parlerons dans notre prochain formulaire.

---

rampant. Autour de la hutte, soldats et gendarmes sont rangés. Les officiers reculent devant l'ordre à donner à leurs hommes d'aller saisir les brigands dans leur tanière, car les canons d'un fusil de chasse, que ceux-ci ont pu se procurer, luisent à travers cette sorte d'embrasure prêts à foudroyer le premier, tout au moins, de ceux qui s'approcheraient à bout portant. Le médecin a accompagné la petite troupe. Pendant qu'on discute sur les moyens d'opérer, sans risquer mort d'homme, la difficile arrestation, il s'est avancé délibérément vers le repaire. Un double coup de feu rétentit ; le forçat a brûlé à la fois ses deux cartouches. Par miracle le docteur n'a pas été touché. Sa main de fer a saisi l'arme. Il l'attire à lui. Un bras qui veut la retenir, mais inutilement, affleure la porte de la paillote ; il l'empoigne et irrésistiblement la tête, puis le corps du tireur s'engagent dans l'orifice. On se précipite, on l'enlève, ont le garotte solidement. Ses complices terrorisés n'offrent plus aucune résistance. Ils sortent et se livrent d'eux-mêmes.

Echappé au danger terrible qu'il venait d'affronter avec tant de bravoure, notre confrère eût une de ces réactions de colère dont les plus maîtres d'eux-mêmes ne sauraient

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Glycosurie, diabète et microbes

MM. Carnot et Charrin ont inoculé le bacille du côlon, des staphylocoques, le microbe pyocyanogène dans le canal cholédoque du chien. L'opération est assez difficile et doit être faite avec une antisepsie rigoureuse ; d'autre part, il ne faut se servir que de microbes assez atténués pour ne pas causer d'infection générale. Enfin, les animaux succombent souvent trop rapidement pour que l'expérience fournisse des résultats probants. Il résulte de toutes ces difficultés que MM. Carnot et Charrin n'ont pu rendre qu'un seul chien glycosurique.

La glycosurie est apparue au bout de 12 jours ; l'animal a maigri, a un appétit irrégulier, présente des accès de polyurie et de polydipsie, il rend 7 grammes environ de sucre en 24 heures. Les aliments générateurs du sucre, le lait, facilitent l'apparition de la glycosurie.

Il résulte de l'expérience de MM. Carnot et Charrin que le diabète peut avoir une origine microbienne ; naturellement le microbe peut disparaître et la glycosurie continuer.

Toxicité du sang de certains animaux pour les animaux d'espèce différente

MM. Leclainche et Renaud ont constaté que lorsque l'on injecte du sang de bœuf dans la cavité péritonéale d'un cobaye à la dose de 15 à 40 cc., l'animal meurt en 6 à 24 heures. On ne peut pas dire, étant donné ce mode opératoire, qu'il y a possibilité de coagulations comme lorsque l'injection est faite dans les veines. Les phénomènes constatés sont de l'hypothermie, des coliques et des convulsions. Le sérum du sang se montre plus toxique que le sang lui-même. Le cobaye ne serait pas incommodé par l'injection de sang de cheval, de chien ou de cobaye.

Gangrène cutanée hystérique

M. Féré a vu un cas de gangrène hystérique de la peau chez une pauvre fille de 23 ans, qui avait présenté antérieurement un ulcère rond de l'estomac ; on est donc en droit de se demander si cet ulcère n'était pas d'origine hystérique.

---

garantir qu'ils sont exempts dans des conditions semblables. Il vint vers l'endroit où, contre des troncs d'arbres on avait lié, debout, les assassins. Il chercha et reconnut celui qui avait tiré : « Canaille ! » fit-il, et, avant qu'on eut pu le retenir, de ce même poing qui avait abattu son homme la nuit du crime, il écrasa la face du coquin qui l'avait manqué ! C'était un Espagnol au nez crochu comme un bec d'aigle ; il en devint instantanément camard. Que le bon Dieu me préserve et vous aussi, ami lecteur, de nous trouver jamais entre l'écorce d'un chêne et un poing de cet acabit.

La veille du jour où on guillotina ces hommes, l'Espagnol fit prier mon ami de l'aller voir dans sa cellule ; il lui demanda, avec des larmes, de lui pardonner, et le supplia de lui permettre de l'embrasser. Peu d'heures après, le bourreau avait fait son œuvre et le médecin, que son service obligeait à assister au spectacle écœurant de ces exécutions dans le bagne, ressentit une émotion inaccoutumée et dut, pour la première fois, en détourner ses regards.

Ne pensez-vous pas qu'il y a des circonstances où on pourrait, très décemment, faire des propositions spéciales pour faits de courage, même quand il s'agit de médecins ?

Nutrition des tuberculeux

D'après les recherches de M. Gaube, les tuberculeux qui éliminent par les urines autant ou plus de magnésie que de chaux résistent mal. L'élimination exagérée de magnésie et de chaux se voit aussi chez les prédestinés à la tuberculose.

Un cas d'hyperthermie

M. Ch. Richet a reçu de M. Caparelli (de Catane) l'observation d'un cas d'hyperthermie extraordinaire. La température axillaire relevée à plusieurs reprises à l'aide de différents thermomètres s'éleva jusqu'à 46°. Le malade était impaludique et le sulfate de quinine ramena la température à la normale. M. Richet rappelle qu'une température rectale de 46°1 a été constatée par un médecin de Cincinnati, à la suite d'une insolation, chez un homme qui a survécu.

Fonctions antitoxiques des organes

MM. Langlois et Charrin ont étudié *in vitro* le pouvoir antitoxique des capsules surrénales, du foie, du rein, du tissu musculaire vis-à-vis de la nicotine. Ils ont pulvérisé des poids égaux de ces différents tissus recueillis immédiatement après la mort et les ont mis en contact avec des volumes égaux de solution de nicotine de titres variés. Les mélanges étaient filtrés et injectés sous la peau ou dans le péritoine Il résulte de ces expériences que les capsules surrénales atténuent les propriétés nocives de la nicotine autant que le foie, probablement plus que le rein et certainement davantage que les muscles. Les fonctions antitoxiques appartiennent donc à un certain nombre de tissus.

BIBLIOTHÈQUE

Régénération des os et résections sous-périostées. — Ollier, correspondant de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Masson. 1894.

Cet aide-mémoire a pour but d'exposer, le plus brièvement possible, les fondements physiologiques, la technique et les résultats de la nouvelle méthode de résection que M. Ollier a déduite, il y a plus de trente ans déjà, de ses expériences sur les animaux.

Ce petit volume donne une idée synthétique et suffisante d'une méthode opératoire qui, vivement discutée à ses débuts, ne paraît plus guère compter d'opposants aujourd'hui.

Il traite d'abord des questions générales et fondamentales, puis plus particulièrement de la régénération des os et de la croissance du squelette, envisagées dans leurs applications à la théorie et à la pratique des résections.

Un second volume exposera les résections des grandes articulations des membres. Les résultats orthopédiques et fonctionnels qu'on obtient après ces opérations sont les plus propres à montrer le progrès qui s'est accompli depuis trente ans.

Examen et séméiotique du cœur. (*Signes physiques*). — Docteur Pierre Merklen, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Petit in-8°. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Masson 1894.

Cet aide-mémoire est un résumé simple et complet des notions actuellement acquises sur la séméiotique du cœur. Les signes physiques tirés de son examen y sont étudiés avec soin et l'auteur semble avoir eu pour but d'être utile, d'abord aux étudiants en leur présentant une description facile à suivre des principales méthodes d'exploration du cœur et de leurs résultats, puis aux jeunes médecins en signalant, à propos de chaque signe, les indications qui en découlent pour le diagnostic et le pronostic.

COURRIER

—

Concours pour l'internat de la Maison Nationale de Charenton. Ouverture du concours, le mardi 26 juin 1894.

Sont autorisés à concourir, les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans, et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats qui voudront concourir, devront se présenter au secrétariat de la Maison nationale pour obtenir leur inscription en y déposant les pièces ci-dessous indiquées :

1° Acte de naissance ; 2° Certificat de scolarité ; 3° Certificat de bonnes vie et mœurs.

La liste des candidats sera close le 18 juin 1894.

— Le docteur Montaldo, qui avait été envoyé de Madrid pour étudier l'épidémie cholérique de Lisbonne, établit dans le rapport qu'il vient de publier que le développement de la maladie est dû à la négligence des autorités portugaises.

Pendant tout l'été dernier, une sérieuse épidémie de cholérine a sévi sur les îles portugaises de Saint-Vincent et du Cap-Vert. Cette épidémie a abouti à un véritable choléra asiatique du caractère le plus grave avec une mortalité élevée.

Le gouvernement portugais, si sévère pour les autres, n'a pris néanmoins aucune précaution contre les provenances de Saint-Vincent. Les navires venant de cette île avaient l'entrée libre à Lisbonne ; on ne fit même pas exception pour un vaisseau qui avait à bord plusieurs cas avérés de choléra.

La maladie prit pied naturellement à Lisbonne, bénigne heureusement, car il n'y a eu que quelques décès pour plusieurs milliers de malades. Mais on peut craindre que, comme à Saint-Vincent, l'épidémie, bénigne d'abord, ne soit suivie d'une épidémie de choléra vrai.

Ce qui engage encore plus la responsabilité du gouvernement portugais, c'est que, bien que le premier cas date du mois de décembre dernier, on a dissimulé pendant plusieurs mois l'état sanitaire de Lisbonne, et que la vérité n'a commencé à se faire jour qu'au mois d'avril. (*Médecine moderne.*)

— Czerny (de Heidelberg), vient de refuser la succession de Bilroth à Vienne.

Les sollicitations pressantes du gouvernement badois d'une part, des raisons de famille d'autre part, seraient les motifs de ce refus. On parle maintenant, pour recueillir cette difficile succession, de M. Mikulicz, professeur à Breslau, qui est l'un des élèves les plus distingués de Bilroth.

— Le département médical du ministère de la guerre prussien fait faire actuellement une enquête sur les conditions hygiéniques de toutes les villes de garnison du royaume. Cette enquête, conduite sur un plan uniforme pour chaque localité, porte sur trois points principaux : le premier vise la situation géographique, les conditions géologiques et climatologiques de la ville, ainsi que le service des eaux, le système des égouts, l'installation des hôpitaux, le fonctionnement des établissements de désinfection, etc.;

le second point concerne la description des établissements militaires (casernes, hôpitaux et prisons militaires, etc.) au point de vue hygiénique ; enfin la dernière partie de l'enquête est consacrée à la statistique (chiffre et mouvement de la population civile et militaire, fréquence des maladies contagieuses, mortalité et morbidité, etc.)

La première enquête, qui a porté sur la ville de Cassel, vient d'être terminée.

Concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux. — Ce concours s'est terminé hier par la nomination de MM. Albarran et Beurnier.

Les pharmacies des hospices et la vente des médicaments. — Le Conseil d'Etat a été saisi, à la suite d'un vote du Sénat, de l'examen de l'article 17 du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, adopté par la Chambre des députés et actuellement pendant devant la Chambre haute. Cet article autorise les « associations » commerciales et industrielles, les sociétés de secours mutuels, les établissements de bienfaisance et « ceux d'utilité publique possédant un personnel nombreux » à avoir une pharmacie « pour leur usage particulier », à condition de la faire gérer par un pharmacien. Mais ils ne peuvent vendre ni même donner de médicaments en dehors de leur personnel, sauf certains remèdes simples d'un usage courant.

D'autre part, le Conseil d'Etat a été d'avis de limiter le droit d'avoir une pharmacie aux établissements publics et d'utilité publique « ayant pour but la distribution de secours aux malades », parmi lesquels figurent nécessairement les bureaux d'assistance récemment créés ; par contre, on ne voit nulle raison de restreindre le droit aux « associations » commerciales et industrielles, auxquelles il y a lieu de substituer le mot « établissement » ; enfin, la condition trop élastique d' « un personnel nombreux » a paru devoir être supprimée.

— L'Etat de Maryland a récemment adopté une loi pour prévenir le développement de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés. La nouvelle loi impose aux sages-femmes et aux nourrices l'obligation (lorsque l'enfant ne reçoit pas de soins médicaux) de signaler à un médecin tout cas dans lequel un nouveau-né âgé de moins de 15 jours présente un écoulement s'accompagnant de tuméfaction des yeux, afin qu'un traitement approprié puisse être institué sans retard. Quatre autres Etats, parmi lesquels l'Ohio, avaient précédé celui de Maryland dans cette voie.

(Semaine médicale.)

Nécrologie. — MM. les docteurs Auquier (de Sainte-Tulle) ; Auzelly (de Brie-Comte-Robert) ; Balme (de Paris) ; Bouisson (de Toulouse) ; Delacour (de Clerval); Ducharme (de Lyon) ; Garrouste (de Senezergues); Guyonnard (de Bourbriac); Hébert (de Bréauté); Hersent (de Paris) ; Le Barillier (de Bordeaux) ; Rouault (de la Chapelle-Saint-Laurent).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

—

L'industrie du blanchissage et les buanderies modernes

La propreté sous toutes ses formes est devenue une nécessité de notre époque. Les hygiénistes en ont de tout temps proclamé les bienfaits; mais c'est aux bactériologistes que revient le mérite d'avoir donné à leurs préceptes une sanction expérimentale en montrant que les maladies infectieuses sont causées par des êtres vivants qui pullulent avec une prodigieuse rapidité et qu'il faut détruire à tout prix. L'antisepsie chirurgicale a prouvé pratiquement l'exactitude de ces doctrines; mais elle a montré en même temps quelles précautions minutieuses il était indispensable de prendre pour se débarrasser de ces germes à la vitalité tenace, à la multiplication indéfinie. Ces idées ont maintenant fait leur chemin et pénètrent peu à peu dans toutes les classes de la société.

Or, pour entretenir cette propreté rigoureuse sans laquelle il n'y a plus de garanties pour la santé, il faut remplir deux conditions qui se complètent: prendre des bains fréquents et changer souvent de linge : cette dernière condition a donné de nos jours à l'industrie du blanchissage une importance considérable et, dans tous les pays, on s'occupe d'améliorer les procédés dont elle se sert, de les rendre plus parfaits, plus rapides et plus économiques. Les buanderies sont au nombre des établissements qui intéressent le plus l'hygiène et dont elle s'occupe avec le plus de sollicitude, aussi ne craindrai-je pas d'entrer à leur égard dans quelques développements.

L'industrie du blanchissage doit être surveillée à deux points de vue : à celui de l'intérêt général qui exige que le nettoyage du linge soit complet et que les procédés qu'on emploie soient inoffensifs, et au point de vue professionnel, c'est-à-dire afin de sauvegarder la santé des personnes qui en font leur métier.

Autrefois, rien n'était plus simple que le nettoyage du linge. Les femmes allaient le laver au ruisseau le plus voisin et le faisaient sécher sur les buissons ou sur l'herbe de la prairie. C'est encore ce qui se fait dans les campagnes. L'eau courante et l'herbage ne sont pas à dédaigner, mais on ne les a pas à sa disposition dans les villes. Avant la fondation des lavoirs publics, le blanchissage du linge se faisait à domicile, et on séchait dans la cour ou le jardin. Dans les familles pauvres on lavait au cuvier; dans les maisons aisées on avait son lavoir et sa buanderie. La lessive se faisait une fois par an; dans l'intervalle, le linge sale restait à fermenter dans les armoires; les servantes lavaient seulement au savon les pièces de première nécessité. Dans mon enfance, les menagères n'auraient voulu, pour rien au monde, faire lessiver leurs draps et leurs chemises dans une cuve banale. Cette promicuisté leur semblait répugnante et pleine de dangers.

L'établissement des lavoir publics, en faisant disparaître ce préjugé et en permettant aux classes pauvres de nettoyer convenablement leur linge, a rendu les plus grands services à l'hygiène.

Cette heureuse innovation est de date récente, et nous est venue d'Angleterre. L'idée en a été pourtant conçue par Cadet de Gassicourt dès 1819. Il avait soumis, au conseil de salubrité, le projet de créer, dans Paris, plusieurs grandes buanderies à vapeur ; mais cette conception fut écartée par l'autorité pour défaut d'opportunité (1). Trente ans plus tard. lorsqu'eut lieu en Angleterre la création des bains-lavoirs, on tenta d'en établir en France; l'assemblée alloua un crédit de 600,000 francs, pour encourager les communes à créer des établissements semblables (2), mais cette entreprise ne réussit pas.

Cependant, depuis cette époque, les lavoirs publics se sont considérablement multipliés. A Paris seulement, on compte 392 lavoirs sur terre et 60 bateaux-lavoirs amarrés sur la Seine et la Marne, dans la traversée du département.

Ces établissements, bien que constituant un grand progrès, sont loin cependant d'en être la dernière expression. On a fondé en Amérique d'immenses buanderies où toutes les opérations du blanchissage se font en grand et à l'aide de machines. Ces établissements sont à même de blanchir, dans une journée, tout le linge sali par un grand paquebot transatlantique dans une traversée du Havre à New-York. L'administration de l'assistance publique de Paris, vient d'en faire construire une qui, sans présenter les mêmes proportions, réalise cependant une amélioration marquée sur celles qu'elle possédait autrefois. Elle a confié ce travail à M. Kremer, ingénieur en chef du service de ses travaux techniques, qui a communiqué sur ce sujet un intéressant mémoire à la Société de médecine publique le 24 janvier 1894 (3).

Il s'agissait de remplacer les petites buanderies rudimentaires qui existaient dans tous les hôpitaux de Paris, en créant, à l'hôpital Laënnec, un grand établissement central réalisant tous les progrès de l'industrie moderne.

La quantité de linge sali annuellement par les hôpitaux et hospices de Paris s'élève à 16 millions de kilos, soit environ 50,000 kilos par jour. Il n'existe ni en France ni à l'étranger de buanderie susceptible de se charger d'un pareil travail, aussi M. Kremer a-t-il vainement cherché des modèles en France et à l'étranger; il se plaint même, dans son mémoire, de n'avoir trouvé nulle part de documents techniques au sujet de cette industrie. Cela tient à ce qu'il n'a pas consulté les récents traités d'hygiène qui consacrent tous de longs développements à la question du blanchissage.

Sans remonter aux travaux de Vernois, de Saint-Léger, de Beauregard, de Girardin, je citerai le précis d'hygiène appliqué du docteur Richard (4),

(1) Moléon. Rapports généraux du Conseil de salubrité, 1819, t. 1., p. 143, 197.

(2) Loi du 3 février 1851.

(3) Ph. Kremer. Le blanchissage dans les hôpitaux. Buanderie de l'hôpital Laënnec, buanderie centrale. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. XVI, p. 148, 1894.)

(4) E. Richard. *Pièces d'hygiène appliquée*, deuxième partie, chapitre premier, article II, p. 333.

qui a mis à profit les recherches originales du docteur Burluraux sur les buanderies militaires, recherches que j'ai moi-même utilisées pour la rédaction de l'article *Lavoirs et blanchissage* de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique* (1).

Il existe, du reste, en France, dans les hôpitaux récemments construits, des buanderies qui pouvaient servir de modèle et dont il suffisait de développer les proportions.

C'est ainsi que nous avons tous admiré celle du petit hôpital de Villiers-sur-Marne, le 10 décembre dernier, jour de son inauguration (2). Cet hôpital n'existait pas, il est vrai, à l'époque des infructueuses pérégrinations de M. Kremer. Quoiqu'il en soit, après des essais commencés en 1890, il a men à bonne fin l'importante entreprise qui lui était confiée et construit la buanderie centrale de l'hôpital Laënnec. Nous reparlerons de cet établissement après avoir passé en revue les nombreuses opérations qui constituent le blanchissage.

Triage. Le linge sale doit être renfermé avec soin depuis l'instant où on le quitte jusqu'au moment de son transport au lavoir. Dans les habitations privées, on se borne habituellement à le renfermer dans un coffre qui, le plus souvent, n'est pas fermé. Il serait préférable, comme le propose le docteur Richard, de se servir de caisses en métal étanches, munies d'un couvercle et faciles à nettoyer. Dans les hôpitaux modernes, on le jette dans des trémies par lesquelles il tombe dans une caisse placée dans le sous-sol au fond d'une niche fermée.

Le linge doit séjourner le moins possible dans les appareils récepteurs. Dans les hôpitaux, on le transporte à la buanderie dans les caisses qui le contiennent ; mais, dans les habitations privées, il faut le trier, le compter avant de le remettre au blanchisseur, ce qui entraîne la dissémination des poussières dans l'appartement. Ce n'est pas sans danger, lorsqu'il y a des contagieux dans la famille ; dans ce cas, il est indispensable de désinfecter leur linge au moment où ils le quittent. Le triage fait, le linge est enveloppé dans une forte toile et porté dans la voiture du blanchisseur. On pourrait, sans doute, trouver quelque chose de plus hygiénique, sans aller jusqu'à réclamer, comme le docteur Coustan, des voitures hermétiquement closes, des sacs imperméables trempés dans de l'eau bouillante à chaque voyage, la désinfection des mains et des vêtements des blanchisseurs (3). De pareilles précautions, bonnes pour les effets des varioleux, des pestiférés ou des cholériques, seraient d'une exagération regrettable appliquées au linge à peine sali des familles qui ont des habitudes de propreté.

Le linge, une fois arrivé à la buanderie, est soumis à une série d'opérations qui ont pour but de le débarrasser, sans altérer sa texture, de toutes les souillures dont il est imprégné. Ces opérations sont l'*essangeage*, le *lessivage*, le *savonnage*, le *rinçage* et le séchahe.

1° *Essangeage.* Il a pour but d'enlever les matières solubles et d'ouvrir les fibres pour les préparer à l'action de la lessive. Il se fait à l'eau froide ou

(1) *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, livre III, chapitre V. t. III, p. 741.
(2) *Union médicale* du 19 décembre 1893. T. LVI, p. 841.
(3) Coustau. Les chances de transmission des maladies infectieuses par le linge sale transporté par les blanchisseeuses. (*Revue sanitaire de Bordeaux*, 1884, n°s 16 et 17.)

tiède pour ne pas coaguler les substances albuminoïdes, comme le sang et le pus. L'essangeage, quand il se fait au cuvier, demande quatre ou cinq heures, il dure dix minutes quand on se sert d'un *tonneau-laveur*. L'essangeage débarrasse le linge de la majeure partie de ses impuretés.

2° *Lessivage*. Cette opération a pour effet de saponifier les matières grasses, d'enlever les taches, de détruire les œufs d'insectes et les microbes qui existent dans le tissu. C'est tout à la fois un nettoyage et une désinfection. Tout le linge de corps y est soumis, sauf les menus objets très délicats et les lainages.

Le lessivage se fait avec une dissolution alcaline de cendre, de carbonate de soude ou de potasse qu'on porte à l'ébullition. La façon de faire passer cette dissolution à travers le linge s'est notablement perfectionnée de nos jours. Autrefois on mettait la cendre dans le cuvier au-dessus du linge disposé par couches, et entre deux grosses toiles désignées sous le nom de *charrier*; on jetait sur le tout del'eau bouillante à plein chaudron.

Celle-ci se chargeait des principes alcalins en traversant le lit de cendres, imbibait les couches de linge, gagnait le fond du cuvier et ressortait par un robinet d'où elle s'écoulait dans un chaudron placé sur le feu ; on l'y reprenait quand elle était bouillante pour la verser de nouveau et on continuait ainsi pendant dix à douze heures.

Ce procédé très primitif a été simplifié depuis. On a commencé par faire bouillir les cendres avec l'eau dans le chaudron placé sur le feu, avant de jeter celle-ci sur le linge ; puis on a remplacé les cendres par le carbonate de soude. Il faut 25 kilogrammes de cendres ou 6 kilogrammes de carbonate de soude pour 100 kilogrammes de linge. Il est essentiel de faire bien dissoudre les cristaux alcalins avant de verser la solution, parce qu'ils altéreraient les tissus avec lesquels ils seraient en contact. On a plus tard eu recours à la vapeur, et les résultats ont d'abord séduit tout le monde, mais on a reconnu depuis qu'elle crispait le tissu et hâtait l'usure du linge; toutefois M. Chauveau a inventé une lessiveuse qui permet de faire arriver la vapeur au centre du linge préalablement imprégné de lessive, tout en graduant la température. L'appareil se compose : 1° D'un cuvier en tôle galvanisée, dont le fond est perforé ; 2° d'un tuyau distributeur vertical muni de branchements horizontaux et percés de trous nombreux ; 3° d'un réservoir d'eau pour la production de la vapeur ; 4° d'un foyer situé au-dessous. Pour faire le coulage, il suffit d'allumer le foyer. L'eau s'échauffe, la vapeur se produit, elle monte dans les branches du distributeur avec une température progressivement croissante, elle pénètre la masse du linge par tous les points, dilue la lessive, l'entraîne et la ramène dans le réservoir d'eau. L'opération dure trois heures. Cet appareil est économique. Avec 15 kilogrammes de houille, on peut laver 250 kilogrammes de linge. Le docteur Burluraux, dont nous avons déjà cité les études sur le blanchissage, a vu fonctionner la lessiveuse Chauveau dans la buanderie du Val-de-Grâce et a été satisfait du résultat.

Cette lessiveuse, ainsi que celles qui reposent sur les mêmes principes et dont il existe déjà un assez grand nombre, sont précieuses pour les ménages et pour les établissements de peu d'importance, mais dans les grandes buanderies, on a recours à des appareils exigeant moins de main-d'œuvre

et pouvant faire plus de besogne. Le plus répandu, est l'appareil Decoudun qui fonctionne automatiquement.

Il se compose : 1° D'une chaudière en tôle placée sur un fourneau ; 2° d'un cuvier muni d'un couvercle et surmonté d'une hotte. Une double communication unit la chaudière au cuvier et permet la circulation continue de la lessive. Quand elle arrive à l'ébullition dans la chaudière, la vapeur passe sur le liquide alcalin et le fait monter dans le tuyau qui le répand en pluie sur le linge. Il en traverse toutes les couches, gagne le fond du cuvier, revient par le conduit de retour, à la chaudière où il s'échauffe de nouveau et recommence ce circuit automatique qui dure dix ou douze heures.

Dans les usines qui disposent d'un générateur de vapeur, on y adapte un injecteur spécial, placé de manière à recevoir constamment la lessive qui revient du fond du cuvier et à la refouler dans le tube ascensionnel qui la répand en pluie à la surface du linge. La vapeur, en lui imprimant un mouvement circulaire, la chauffe à chaque jetée et augmente progressivement sa température, jusqu'à ce qu'elle arrive à l'ébullition ; on la maintient assez longtemps pour détruire tous les germes, qui sont dissous par la liqueur alcaline bouillante.

Quel que soit le procédé de lessivage adopté, il ne faut pas jamais y soumettre les lainages, tels que les gilets, les chemises et les ceintures de flanelle, les chaussettes et les bas de laine, parce que la solution alcaline les attaque et les rétrécit. (*A suivre.*) Jules ROCHARD.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE (1)

Coqueluche grave chez un enfant d'un mois traitée par 300 bains froids sinapisés. — Guérison. — Essai de pathogénie.

Par le docteur Maurice SPRINGER.

(Suite et fin)

Essai de pathogénie

La coqueluche est une maladie infectieuse, le microbe nous en est encore caché, mais son existence est certaine. A cette notion s'ajoute celle de la spécificité que personne ne songe plus à contester.

Si l'étiologie est évidente, la pathogénie est fort obscure et légitime quelque peu les hypothèses qui, tout en étant vraisemblables, ne sont pas rigoureusement démontrées.

L'agent infectieux de la coqueluche localise son action sur le nerf pneumogastrique; c'est du moins ce que la physiologie pathologique indique, car l'anatomie pathologique ne nous a jusqu'ici révélé aucune lésion. Cependant, les progrès de la pathologie générale peuvent nous venir en aide.

Le fait que le nerf pneumogastrique est intéressé par l'agent pathogène de la coqueluche se dégage des symptômes suivants :

L'expiration saccadée et continue qui caractérise la quinte ;

L'inspiration profonde et sonore de la reprise ;

Les spasmes de la glotte qui s'observent surtout chez les enfants très jeunes ;

Les vomissements ;

(1) Voir l'*Union médicale* du 2 juin.

La physiologie nous montre que ces phénomènes sont sous la dépendance du nerf pneumogastrique et de la branche interne du nerf spinal.

Le pneumogastrique a sous sa dépendance les phénomènes sensitifs et reflexes, tandis que les filets satellites du nerf spinal transmettent les actions motrices.

Si l'on envisage seulement la quinte qui est la signature de la coqueluche, on constate que le symptôme peut être reproduit expérimentalement.

Et, en effet, si l'on excite le bout central du pneumogastrique au-dessus de l'origine du nerf laryngé supérieur, ou si l'excitation porte sur le nerf laryngé supérieur même, lorsque l'excitation est forte les muscles expirateurs se contractent tétaniquement, et la respiration s'arrête en expiration. Ce sont là des faits établis par Rosenthal, Traube, Eckhard.

D'autre part, M. François Franck, a montré que cette excitation détermine une inspiration brusque et profonde.

Ces résultats contradictoires en apparence dépendent du mode d'expérimentation différents de ces physiologistes. Ces phénomènes expérimentaux sont analogues à ceux que l'on observe chez l'homme pendant la coqueluche.

La quinte, la reprise inspiratoire sont sous la dépendance du pneumogastrique et du spinal. Pour le vomissement le rôle de ces nerfs est admis par la plupart des physiologistes.

D'ailleurs, leurs anastomoses avec le grand sympathique explique la solidarité qui peut exister entre les différents phénomènes nerveux, sans compter que les reflexes sont largement mis en œuvre par les agents pathogènes. Les influences morales et toutes les autres causes capables de provoquer les quintes, font ressortir la part dévolue au système nerveux dans la physiologie pathologique de cette maladie.

L'évolution clinique et les considérations physiologiques plaident en faveur du rôle pathogénique du pneumogastrique, mais montrent également que ce nerf n'est intéressé que dans sa portion qui se distribue aux voies respiratoires.

Les autres phénomènes nerveux semblent actionnés par la voie reflexe.

Pour étayer une théorie semblable, il eut fallu, il y a peu de temps encore, apporter la preuve anatomique et indiquer des altérations nerveuses. On les a cherchées en vain, mais la pathogénie n'en reste pas moins debout. Et, en effet, à la doctrine organicienne s'est substituée, sous l'influence des virus bactériens, la théorie humorale qui revient plus forte et plus puissante que jamais. Suivant la pathologie générale actuelle, l'altération fondamentale est d'ordre chimique et nous savons aujourd'hui que les substances toxiques peuvent exercer une action particulière sur le système nerveux et le plus souvent sur un département spécial de celui-ci. Lorsque l'imprégnation est durable, les modifications chimiques déterminent des lésions cellulaires qui se traduisent objectivement par des névrites périphériques.

C'est ainsi, à ce qu'il nous semble, que les faits peuvent s'interpréter dans la coqueluche : la substance élaborée par l'agent pathogène, exerce sur la sphère respiratoire du pneumogastrique une action élective. Sui-

vant son état de virulence, elle met un temps plus ou moins longtemps à *exciter* ce nerf. Aussi le nombre des quintes est-il dans un rapport presque mathématique avec la gravité de la maladie. Personne n'a mis ce fait en lumière mieux que Trousseau.

Ici se présente une objection. C'est le rôle important de la bronchite et de la broncho-pneumonie dans la marche et surtout dans le pronostic de la coqueluche

L'étiologie de ce symptôme montre nettement son caractère infectieux. Le fait est bien démontré. Mais, sur ce point encore, le rôle du système nerveux est prépondérant.

Si au début de la maladie l'épithélium bronchique perd son pouvoir de défense, c'est parce que le pneumo-gastrique est influencé tout d'abord dans ses fibres trophiques ; de là, la trachéo-bronchite du début.

Si l'intoxication par l'agent infectieux de la coqueluche devient plus profonde, ce qui se traduit par l'intensité et la fréquence des quintes, les filets trophiques sont plus fortement intéressés, la réceptivité s'accroît et à l'infection bronchique se surajoute l'infection lobulaire.

Il ne s'agit point là de vues de l'esprit, car cette pathogénie nous est révélée par la pathologie expérimentale.

C. Bernard et Traube avaient déjà constaté les inflammations de la muqueuse des voies respiratoires consécutives aux troubles portés aux fonctions du pneumo-gastrique. Depuis lors, la doctrine microbienne est venue confirmer et expliquer ces faits.

La bronchite et les complications broncho-pulmonaires, relèvent également de troubles nerveux. On voit donc que la multiplicité des symptômes n'en conduit pas moins à admettre l'unité du processus pathogénique.

Le système nerveux est le grand acteur dans la coqueluche. Quant à savoir si les troncs du pneumo-gastrique et de la branche interne du spinal, sont directement influencés ou s'ils sont intéressés dans leur centre respiratoire médullaire, bulbaire ou cérébrale, ce sont là des points que la physiologie ne permet pas d'élucider pour l'instant, et dont l'importance est d'ailleurs secondaire.

En envisageant dans leur ensemble les quelques considérations qui précèdent, on voit que les différentes pathogénies signalées dans les traités de pathologie, sont toutes également vraies. Elles ne se contredisent nullement, mais elles dépendent de l'orientation personnelle de l'observateur. Les principales théories discutées aujourd'hui, sont les suivantes :

1° La coqueluche est une bronchite, catarrhale non spécifique ;

2° Elle est une maladie infectieuse;

3° Elle résulte d'une névrose.

Laissant de côté l'origine nasale et l'adénopathie du médiastin, qui peuvent être des éléments secondaires dans la coqueluche, on voit qu'une seule théorie suffit à expliquer cette maladie. Loin d'exclure les théories précédentes, elle les englobe.

La coqueluche est une névrite infectieuse.

Il ne faut pas trop compter sur la démonstration anatomique de la lésion, car les études récentes sur les névrites montrent que si les altérations ner-

veuses sont réelles, dans les affections aiguës, elles sont aussi le plus souvent passagères. Dans ces cas, l'histologie ne saurait être de grand secours, la véritable lésion étant d'ordre *histochimique*. Or, cette science est pour l'instant à peine ébauchée.

Si cette théorie est vraie et si, en réalité, le danger dans la coqueluche résulte d'une influence nerveuse, le traitement qui paraît le mieux indiqué est l'hydrothérapie. Ne pouvant appliquer la thérapeutique étiologique, puisque l'agent infectieux nous échappe, on peut, du moins, agir sur le processus pathogénique dominant. En agissant ainsi, on ne s'écarte pas des principes de la médecine traditionnelle et symptomatique.

Tout d'abord il convient de montrer que l'hydrothérapie ne s'applique qu'à un petit nombre de cas de coqueluche.

Dans les cas légers ou d'intensité moyenne l'hydrothérapie est inutile.

Elle est indiquée chez les enfants très jeunes et surtout chez les nouveau-nés. Car chez cette catégorie de malade la coqueluche est presque toujours mortelle. Tous les auteurs s'accordent sur ce point.

L'indication est formelle lorsque la coqueluche est compliquée de broncho-pneumonie ; quand les enfants sont atteints de convulsions, de spasmes de la glotte et lorsque les vomissements répétés empêchent l'alimentation.

Tels sont les circonstances dans lesquels l'emploi de l'eau me paraît supérieur à tout autre médication. Sans doute, chez les enfants plus âgés et chez l'adulte, la prolongation de la maladie sera heureusement influencée par les douches chaudes, écossaises, froides, d'une durée et à une pression qui doivent être étudiées et discutées suivant les réactions individuelles ; mais le point sur lequel j'insiste à dessein, c'est le rôle de l'hydrothérapie chez les nouveau-nés. Le bain est l'application la plus pratique et la plus efficace, car on peut en mesurer et faire varier aisément la durée, la température, le degré de sinapisation; de plus il n'exige aucune installation spéciale.

Cette médication offre-t-elle des dangers ? Aucun, à condition que le médecin surveille *lui-même* les premiers bains. En effet, la température de la chambre, la manière d'essuyer l'enfant, de l'envelopper dans de l'ouate sont des détails capables d'assurer le succès de la médication. D'autre part, les symptômes observés pendant le bain et surtout le mode de réaction de la peau sont des éléments que le médecin peut seul apprécier et qui dictent les indications de durée, de température, de sinapisation et de la fréquence des applications. Une fausse manœuvre peut tout compromettre. L'action salutaire de l'hydrothérapie dépend avant tout de la *réaction*. En plongeant un enfant dans l'eau froide, il se produit instantanément un spasme des vaisseaux capillaires périphériques ; d'où résulte une hypérémie des organes profonds. Si ceux-ci sont déjà le siège d'une congestion, cette hypérémie est capable d'importer des désordres nouveaux. Mais, si à cette action succède immédiatement le fait inverse, c'est-à-dire la dilatation des vaso-moteurs périphériques, les organes profonds se trouvent par ce seul fait *décongestionnés*. Or tel est le phénomène qui se produit au moment de la réaction.

Pour obtenir une réaction rapide, il faut faire l'éducation des vaso-moteurs. Il ne me paraît pas prudent de les impressionner trop fortement au début. C'est pourquoi je crois utile de donner tout d'abord un bain chaud

à 37° c.; à cette température on n'obtiendrait pas de réaction si on avait préalablement ajouté de la farine de moutarde, dont l'*action sinapisante* produit l'hypermie cutané.

Dès lors, en refroidissant à chaque bain la température de deux degrés, les vaso moteurs sont progressivement éduqués et réagissent rapidement sous l'influence de l'eau froide.

Deux méthodes thérapeutiques associées et agissant dans le même sens concourent à produire la dérivation. On fait donner ainsi à la *méthode révulsive* son maximum de puissance.

Or la clinique a, depuis longtemps, bien établi que la révulsion est le mode d'action le plus efficace pour décongestionner les organes. D'autre part, l'eau froide agit à la fois comme un agent sédatif et régulariteur du système nerveux. Il est inutile d'insister sur ce fait bien démontré par tous les neuro-pathologistes.

Si les considérations théoriques émises plus haut paraissent quelque peu fondées, l'influence toxique de l'agent pathogène de la coqueluche sur e pneuro-gastrique et les actions réflexes secondaires, trouveront dans l'eau froide un pouvoir modérateur antagoniste. Du même coup, le rôle trophique du système nerveux se trouvant renforcé, la réciptivité sera d'autant plus amoindrie que la résistance de l'organisme se trouve accrue.

L'eau froide possède, en outre, une action corollaire très efficace, c'est le pouvoir d'abaisser la température lorsque la fièvre est intense. Et sur ce point la méthode présente un grand avantage : sans médicaments, le médecin reste maître de ce symptôme, puisque, suivant le mode d'administration des bains, il peut maintenir le petit malade à une température voulue.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juin. — Présidence de M. FERRAND

Adénome pédiculé de l'estomac. — Ablation. — Guérison

M. CHAPUT présente à la Socité un énorme adénome provenant de l'estomac d'un homme qu'il a opéré le 10 avril dernier.

Ce malade, âgé de 64 ans, entrait le 4 avril à la Salpêtrière, pour une tumeur stomacale. Il n'avait pas d'antécédents héréditaires importants. A l'âge de 14 ans il avait eu une ostéomyélite du tibia droit qui laissait encore persister une fistule purulente.

Depuis neuf mois il se plaignait de mauvaises digestions, de gargouillements, de coliques. Au mois de janvier il avait vomi pendant deux jours des matières noires comme du goudron, et depuis cette époque il éprouvait une douleur sourde à l'épigastre, il vomissait souvent, et avait perdu l'appétit. Depuis ce moment aussi il s'était aperçu de l'apparition d'une tumeur épigastrique.

A son entrée à l'hôpital, le malade était amaigri, jaune, cachectique. On constatait à l'épigastre une tumeur volumineuse perceptible à la vue, mais plus sensible à la palpation, allant de l'ombilic jusqu'au rebord des fausses côtes dure, mobile surtout transversalement, douloureuse spontanément et à la pression. Pas de dilatation stomacale, de tympanisme; pas de ganglions sus-claviculaires ni dans les autres régions.

Le lavage de l'estomac et l'examen du suc gastrique n'ont pas été faits, pour ne pas fatiguer le malade.

On porte d'abord le diagnostic de cancer de l'estomac. M. Chaput se décide à intervenir en se basant sur cette considération que le pylore était vraisemblablement intact puisque l'estomac n'était pas dilaté, que la tumeur siégeait au niveau d'une des faces de l'organe et que son oblation serait beaucoup plus bénigne que celle du pylore cancéreux.

Le 10 avril, M. Chaput pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale, attire l'estomac dont la paroi antérieure est saine et glisse sur une tumeur située plus profondément. Incision de cette paroi antérieure sur une longueur de 12 centimètres, à égale distance de la grande et de la petite courbure. La tumeur intra-stomacale apparaît alors avec un aspect lobulé et une surface non ulcérée, mais recouverte de mucus blanchâtre. Elle est implantée sur la paroi postérieure par un pédicule court et mince, mais dont la ligne d'insertion sur la paroi stomacale mesure environ huit centimètres. Le pédicule est saisi avec des pinces à longs mors qui empiètent de plusieurs centimètres sur la paroi saine voisine, et est coupé aux ciseaux. En enlevant les pinces, on constate que le péritoine a été ouvert dans la moitié gauche de l'incision ; M. Chaput place à ce niveau un étage de sutures séro-séreuses, puis un étage de sutures muco-muqueuses. Il ferme ensuite la plaie de la paroi antérieure par trois étages de sutures, puis il termine par la suture de la paroi abdominale.

Le régime alimentaire fut le suivant : premier jour, pas d'alimentation buccale, un lavement alimentaire; les jours suivants, jusqu'au 8e, trois lavements alimentaires par jour et trois verres de lait ou de bouillon par petites gorgées très espacées.

Du 8e au 15e jour la dose de liquide est doublée et les lavements alimentaires supprimés. A partir du 15e jour, alimentation solide progressive.

Le malade guérit rapidement. L'état général se modifia favorablement et 43 jours l'opération, il avait engraissé de 6 kilos. M. Chaput présente des photographies qu montrent bien la différence de l'état du malade avant et après l'opération.

La tumeur mesure 15 centimètres dans son grand diamètre, 8 à 10 centimètres dans son petit diamètre, et 8 centimètre d'épaisseur. La surface est lisse, mais présente des lobes et des incissures.

L'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'un adénome : nombreuses cavités glandulaires, tapissées d'un seul rang de cellules cylindriques, tissu interstitiel œdématié et pauvre en cellules.

Abcès du foie à pus stérile

M. Rendu rapporte l'observation d'une femme de 51 ans entrée à l'hôpital le 10 février dernier, et qui y est morte le 30 mars. A l'autopsie on trouva des abcès du foie consécutifs à des lésions ulcéreuses du cœcum et de l'intestin grêle. Le pus de ces abcès était stérile.

Dans une première phase, phase abdominale, la maladie s'était traduite par de la diarrhée et des phénomènes obscurs de péritonite propagée (du 15 janvier au 10 février).

Dans une deuxième phase, phase hépatique (du 10 au 20 février), se montrent des signes de congestion du foie avec menaces de suppuration.

Du 20 février au 10 mars, phase pulmonaire, broncho-pneumonie grippale absorbant toute la symptomatologie.

Enfin, phase cachectique, complètement apyrétique, sans symptômes abdominaux ni pulmonaires, durant trois semaines au bout desquelles la malade succombe.

Il n'y a eu ni fièvre hectique, ni frissons dans cette dernière période, mais des sueurs octurnes assez fréquentes.

A l'autopsie, péritoine épaissi, de couleur ardoisée, contenant 2 ou 3 litres de sérosité louche ; au niveau du cœcum, adhérences qui agglutinent les anses intestinales ; l'appendice perdu au milieu de brides fibreuses paraît en partie détruit ; il est englobé dans une sorte de magma inflammatoire qui est le reliquat d'un ancien abcès. En l'ouvrant, on en fait sourdre une cuillerée de pus verdâtre non mélangé à des matières fécales.

En ouvrant l'intestin grêle on trouve tout le long de l'iléon une série de plaques de Peyer ardoisées, ainsi que des îlots déprimés et fibreux, consécutifs évidemment à d'anciennes ulcérations. Mêmes altérations à la face interne du cœcum.

Foie de volume normal, un peu pâle ; bosselures molles et fluctuantes au niveau du lobe droit. A la coupe, cavités purulentes circonscrites par une zone de tissu fibreux, criblant le parenchyme hépatique.

L'examen microscopique du pus y révèle la présence de chaînettes de 3 à 5 éléments, ressemblant absolument à celles du streptocoque pyogène. Les ensemencements, par contre, restent stériles.

M. Rendu attire l'attention sur ce fait particulier. La malade a présenté des symptômes de pyohénie du 10 au 20 février. C'est pendant cette période que se sont produits dans le foie les infarctus septiques destinés à former les abcès. Six semaines après la malade mourait. Dans ce laps de temps, relativement court, les microorganismes de la suppuration ont donc perdu leur activité, tout en paraissant morphologiquement bien conservés.

Lorsque donc on trouve stérile le pus d'anciens abcès, on n'est pas en droit de conclure qu'il n'ait pas renfermé primitivement des microorganismes actifs. Les cadavres des streptocoques trouvés chez la malade de M. Rendu se seraient sans doute résorbés à la longue. On peut se demander si le foie, qui détruit la plupart des toxines nées dans l'intestin, n'exerce pas également cette action sur les infarctus pyohémiques, qui se développent dans son parenchyme. Il y aurait là une nouvelle preuve du rôle de défense qu'exercent les cellules de l'organisme.

COURRIER

L'INCIDENT TERRIER-PAPILLON. — Nous apprenons qu'un conflit s'est élevé, il y a quelques jours, à l'hôpital Bichat, entre M. le professeur Terrier et un interne de cet hôpital, M. Papillon. Nous ne voulons nullement insister sur les détails de cette affaire ; mais nous tenons à dégager un fait : le professeur Terrier est accusé de ne pas recevoir et de ne pas soigner les fractures dans son service, au mépris des règlements et des lois de l'humanité. Or, non seulement M. Terrier reçoit les fractures, mais, faisant pour ses malades ce qu'il ferait pour lui-même, il les confie à notre confrère le docteur Hennequin, dont tout le monde connaît la compétence en ces matières, et qui vient appliquer lui-même et surveiller les appareils. Il est donc impossible, pour qui connaît comme nous l'organisation et le fonctionnement du service de M. Terrier, d'admettre l'accusation portée *ab irato* contre le chirurgien de Bichat.

L.-G. R.

— Nous lisons dans un journal politique du matin la nouvelle que voici :

Le *Moniteur de l'Empire* publie la communication suivante, signée par les docteurs Bergmann, Leuthold et Schlange et datée du Nouveau-Palais, le 1er juin, onze heures du matin :

« Par ordre de S. M. l'empereur, les soussignés ont enlevé ce matin à Sa Majesté une petite tumeur enkystée qui s'était formée à la joue gauche.

« L'opération a été faite en quelques minutes sans narcose. »

C'est probablement un kyste sébacé que l'empereur a ordonné d'enlever à Sa Majesté. Jamais tanne n'aura été traitée avec tant de pompe. Il est vrai qu'il s'agit d'une tanne royale.

— Nous apprenons la mort du docteur Reliquet, officier de la Légion d'honneur, qu vient de mourir à l'âge de cinquante-six ans.

Concours du bureau central (Accouchements). — Le concours du bureau central (accouchements) vient de se terminer par la nomination de MM. Lepage et Varnier.

— La chaire de matière médicale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le professeur Labéda est nommé doyen de ladite Faculté.

Ecole de médecine de Tours. — M. le suppléant Guilbaud est chargé d'un cours d physiologie.

— L'Académie des sciences a dressé, en comité secret, la liste de classement des candidats à la place laissée vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par la mort de Brown-Séquard.

Voici cette liste : 1re ligne *ex æquo* MM. d'Arsonval et F. Franck. 2e ligne *ex æquo* MM. Dastre, Gréhant, Laborde, Ollier, Ch. Richet.

Médecin ministre. — E. le docteur Lourties, sénateur des landes, est nommé ministre du commerce.

Réglementation de l'exercice de la profession de sage-femme en Belgique. — La Société belge de gynécologie et d'obstétrique vient d'adopter la proposition suivante, relativement aux sages-femmes :

Placer les accoucheuses d'une façon formelle sous la surveillance d'une autorité compétente.

Exposer la technique de la désinfection des mains, instruments, linges, etc., et les soins à donner aux yeux des nouveau-nés.

Recommander aux sages-femmes l'usage de sublimé pour la désinfection des mains et des organes génitaux externes.

Obliger toute sage-femme à connaître l'usage du thermomètre, à l'appliquer régulièrement et à appeler un médecin dès que la température chez une accouchée dépasse 38o pendant plus de vingt-quatre heures. Il devrait en être de même dès qu'apparaissent chez le nouveau-né des signes d'ophtalmie purulente, cause si fréquente de cécité.

Prescrire des mesures de désinfection obligatoire pour les accoucheurs ayant soigné des cas d'infection puerpérale et donner toutes les facilités possibles pour la désinfection gratuite des linges, vêtements infectés, etc.

Autoriser les accoucheuses à prescrire, sous leur responsabilité, des antiseptiques selon des formules admises.

Des pénalités doivent rendre obligatoire l'observation de ce règlement.

La notification de la fièvre puerpérale, ainsi que de tout décès d'accouchée, pendant la quinzaine qui suit l'accouchement, devrait être obligatoire pour les médecins et les sages-femmes. Cette déclaration se ferait dans les vingt-quatre heures à une autorité compétente qui aurait à prendre les mesures que comporte la situation.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Des ophtalmies dans les écoles

Par M. E. VALUDE

Médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts.

Les médecins inspecteurs des écoles sont parfois assez embarrassés vis-à-vis des ophtalmies qui surgissent, plus ou moins épidémiquement, parmi le personnel d'enfants soumis à leur examen. Nous avons recueilli à ce propos les doléances de quelques-uns de nos confrères et la première difficulté, qui n'est pas toujours facile à trancher, est celle de savoir si l'affection est, ou non, épidémique ou contagieuse, si l'enfant peut être maintenu à l'école ou doit en être éloigné.

L'exclusion de l'école ne va pas, ordinairement, sans de vives protestations de la part des parents, et cette mesure doit être prise en connaissance de cause. Il reste ensuite la question du traitement.

Nous n'avons pas le dessein, dans ce court article écrit au courant de la plume, de décrire toutes les ophtalmies qui peuvent atteindre les enfants. Notre but, tout autre, est de passer en revue les ophtalmies les plus fréquentes et d'ailleurs légères, qui naissent si souvent dans les salles d'écoles et qui sont soumises, au moins dans leur première période, à l'examen des médecins inspecteurs de ces écoles.

Dans ces conditions spéciales on rencontre très fréquemment deux variétés d'inflammation conjonctivale :

1° La *conjonctivite catarrhale,* affection très contagieuse, qui légitime absolument toutes les mesures d'expulsion dont sont frappés les enfants des écoles ;

2° La *conjonctivite phlycténulaire,* maladie à la fois parasitaire et diathésique, mais qui n'est pas contagieuse, dans sa forme pure.

Il existe, en effet, des formes mixtes où les deux affections précédentes se trouvent associées.

A côté de ces deux sortes d'ophtalmies il faut compter encore l'*ophtalmie granuleuse,* peu fréquente dans nos climats, et la *conjonctivite papillaire* qui ne peut pas être confondue avec la conjonctivite granuleuse vraie.

Voici, en résumé, quelles sont les quatre variétés de conjonctivite dont les enfants des écoles sont, le plus communément, justiciables. Enumérer leurs signes distinctifs principaux et donner, en ses grandes lignes, le traitement qui doit leur être appliqué, tel est le but de cet article.

La *conjonctivite catarrhale* se manifeste objectivement par les symptômes suivants : les paupières sont un peu gonflées, très peu, et d'un rouge bleuâtre, le bord en est quelquefois baveux et enduit de cire aux angles. Si on écarte la paupière, la conjonctive bulbaire mais surtout la palpébrale apparaît rouge, d'un *rouge vermillon.*

Au fond du cul-de-sac inférieur et dans l'angle interne, vers la caroncule,

mais *surtout et toujours dans le cul-de-sac inférieur, on voit un filament jaunâtre de muco-pus.*

L'enfant a les yeux collés le matin et se plaint de sécheresse et de cuisson des yeux; quand on observe ces divers phénomènes, l'affection date de 2, 3 ou 5 jours, ordinairement.

Cette maladie est éminemment contagieuse et c'est grâce à elle qu'on voit éclater dans les écoles de véritables épidémies généralisées. L'agent de la contagion est un bacille décrit par Weeks.

La *conjonctivite phlycténulaire* se caractérise par la présence, sur la conjonctive bulbaire ou au limbe scléro-cornéen, d'une ou de plusieurs élévures plus ou moins vésiculeuses et d'un rose blanchâtre. Le reste de la muqueuse est d'un rouge plus foncé que précédemment et surtout on ne trouve *aucune trace de secrétion purulente ni d'exsudat muqueux.*

L'œil secrète abondamment des larmes et de la photophobie accompagne ordinairement le développement de ces accidents.

Quand on examine un œil ainsi atteint, il est rare que ces phénomènes soient de date absolument récente; généralement l'enfant est soumis depuis quelques semaines à des poussées de ces phlyctènes, alternant avec des périodes d'intégrité absolue de la muqueuse.

Cette affection, sous cette modalité, n'est pas contagieuse. On l'observe chez des enfants chétifs, et surtout strumeux. On admet, toutefois, en pareil cas, la possibilité d'un ensemencement parasitaire qui pourrait provenir d'impétigo de la face ou du cuir chevelu, lorsqu'il en existe. Mais il est bien plus fréquent de voir cette inoculation directe avoir lieu par le fait de la rhinite, qui est presque la règle en pareil cas. On observe, en effet, pour ainsi dire constamment, de l'écoulement nasal du même côté que la conjonctivite.

Comparons entre elles ces deux variétés de conjonctivite; aussi bien, ce sont, et de beaucoup, les plus fréquentes parmi les enfants des écoles.

Dans la catarrhale, une muqueuse rouge vermillon et secrétant du muco-pus; l'affection est très contagieuse et l'enfant doit être rendu à ses parents.

Dans la phlycténulaire, la muqueuse rouge foncé, avec des élevures pustuleuses; *pas de pus*, rien que des larmes. La maladie n'est pas contagieuse; l'enfant peut être maintenu à l'école.

En somme, la présence du pus décide de la contagiosité de la maladie.

Il existe une forme mixte entre les deux. On voit, parfois, une ophtalmie qui se caractérise par l'existence de phlyctènes bulbaires, en même temps que la muqueuse se présente avec tous les caractères de l'ophtalmie catarrhale, rouge et sécretant du pus. Cette variété est aussi contagieuse, un peu; son traitement, ainsi que nous le verrons, doit réunir, successivement, les moyens mis en œuvre dans les deux variétés précédentes. Nous avons décrit récemment cette modalité particulière des ophtalmies de l'enfance, (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 12 avril 1894.)

Voici, en quelques lignes, les indications thérapeutiques propres à ces variétés, les plus ordinaires, de conjonctivite.

Dans la *conjonctivite catarrhale*, on emploiera, en lavages, quatre ou cinq fois par jour une solution saturée d'acide borique ou la solution thébaïsée (eau stérilisée 1,000 grammes, extrait thébaïque 0 gr. 10 centigr.)

que j'ai préconisée dans un travail récent (Conjonctivites à fausses membranes et diphtérie oculaire, *Annales d'oculistique*, février 1894, p. 92). En même temps, on instillera matin et soir dans les yeux, quelques gouttes du collyre suivant :

Eau distillée............	10 grammes
Nitrate d'argent....... ..	0 gr. 10 centigr.
Laudanum de Rousseau..	V gouttes

Filtrer.

Quand la suppuration sera tombée, on remplacera le collyre au nitrate d'argent par le suivant :

Eau distillée..........	10 gr. » cent.
Sulfate de zinc..	0 05

qui terminera la maladie.

L'enfant sera éloigné de l'école jusqu'à complète guérison.

Dans la *conjonctivite phlycténulaire* on pratiquera quotidiennement une irrigation complète des fosses nasales avec l'eau boriquée tiède ; les yeux seront lavés avec la même solution plusieurs fois par jour. Ensuite on introduira matin et soir dans l'œil, soit une petite quantité de poudre de calomel, soit un peu de la pommade suivante :

Vaseline................	10 gr. » cent.
Précipité jaune........	0 10

On évitera les caustiques.

En même temps, le petit malade sera soumis à un traitement général approprié : huile de morue, vins ou sirop iodotanniques, bains salés, etc.

L'enfant sera gardé à l'école.

S'il s'agit de la forme mixte où le catarrhe se complique de phlyctènes, on excluera l'enfant de l'école et on lui appliquera des collyres caustiques jusqu'à cessation de la sécrétion muco-purulente ; ensuite, pour finir, on emploiera la pommade jaune.

Nous n'avons fait que mentionner jusqu'ici les conjonctivites granuleuse et papillaire, parce qu'elles sont beaucoup moins fréquentes que les précédentes dans nos climats

La *conjonctivite papillaire* s'annonce rarement par des phénomènes visibles extérieurement. Les enfants se plaignent de lourdeur dans les yeux, de picotements aux paupières parfois ; les yeux, à les voir à distance, ne semblent pas rouges ou à peine. Si l'on abaisse la paupière inférieure on observe dans le cul-de-sac inférieur une foule de petites élevures rosées, de petites granulations d'un *rose vif* et *carminé*. La conjonctive qui double la paupière supérieure reste indemne et c'est ce qui la distingue de la forme granuleuse vraie Il n'y a aucune sécrétion et pas même de larmoiement.

Cet état de choses peut tenir à des causes diverses : myopie et sensibilité de l'œil à la lumière, ou au contraire hypermétropie et fatigue accomodative. On observe encore cette affection chez les enfants anémiés et habitant des logements insalubres sans air ni lumière ; enfin, certaines poussières irritantes peuvent l'occasionner.

Ce qu'il faut savoir, c'est que la conjonctivite papillaire est une affection qui n est pas contagieuse et même qui est assez insignifiante. Pour la faire cesser, il faut s'attaquer à la cause même et souvent alors, dans les cas de

troubles de réfraction, avoir recours à un spécialiste. Quand la conjonctivite papillaire peut être améliorée par un traitement topique le meilleur à employer, de beaucoup, est l'attouchement, au cristal d'alun pur, du cul-de-sac inférieur, celui-ci étant pratiqué tous les deux jours.

La *conjonctivité granuleuse* ou *trachôme* se manifeste, elle aussi, rarement par des signes extérieurs, en ce sens qu'elle peut exister depuis un temps très long sans s'être fait connaître par aucun symptôme. Un jour, sur cet état granuleux chronique, se greffe une légère irritation qui provoque l'examen et l'on trouve alors l'aspect suivant : La conjonctive bulbaire est saine d'ordinaire ou à peine un peu rosée et terne ; les lésions caractéristiques existent sur la conjonctive palpébrale. Celle-ci, au niveau des culs-de-sac, le *supérieur* surtout, est garni de granulations semi-transparentes, d'un blanc rosé, et confluentes. Pas de secrétion purulente ni même muqueuse (sauf le cas de poussée aiguë) ; un peu de larmes seulement. Les signes subjectifs peuvent être un peu de cuisson des paupières, un sentiment de sécheresse de la conjonctive ; certains enfants n'accusent aucune sensation anormale tant que l'affection n'est pas entrée dans une phase aiguë.

Cette affection est pourtant contagieuse, mais pas dans la mesure ou l'est l'ophtalmie catarrhale ci-dessus décrite. On l'a dit avec raison : la granulation est contagieuse, mais a besoin pour évoluer d'un terrain spécial et c'est surtout chez les strumeux, les enfants débiles, qu'on l'observe. Il en résulte que la conjonctivite granuleuse, ou le trachome, ne se communique guère d'un individu à un autre que lorsque ces sujets se trouvent dans des conditions identiques de constitution, d'habitat, d'hygiène, etc. La promiscuité intime de l'habitation est ainsi presque nécessaire à la contagion et celle-ci est plus malaisée dans une école d'externes. Néanmoins la *conjonctivite granuleuse* doit faire prononcer l'exclusion de l'enfant hors de l'école.

Le traitement de cette maladie est long et doit être varié suivant les cas et les étapes de l'affection. Nous ne pouvons nous étendre sur ce point. Rappelons cependant, qu'à côté des moyens chirurgicaux ou mécaniques de brossage, grattage, de scarifications, les cautérisations au sulfate de cuivre et les lavages de sublimé constituent la base de la thérapeutique de cette affection.

Traitement des suppurations mastoïdiennes

C'est le sujet choisi par la Société française d'otologie pour sa session annuelle qui a eu lieu dans les premiers jours de mai et il vient à propos, en ces temps où la grippe donne de nombreuses complications du côté de l'oreille moyenne.

Les rapporteurs, MM. Lubet-Barbon et Alfred Martin, ont insisté sur les points suivants :

Les suppurations mastoïdiennes, ont-ils dit, peuvent :

1° S'arrêter dans leur marche et guérir sans opération ; 2° Former un abcès qui, restant enfermé dans l'épaisseur de l'os, nécessite une trépanation ; 3° Se frayer une voie au dehors des cellules après avoir détruit la coque osseuse de celle-ci et, passant au traitement, ils ont d'abord étudié les cas qui guérissent sans trépanation.

Il faut assurer le libre écoulement du pus en dehors, empêcher qu'il ne stagne dans la caisse, maintenir largement béante la perforation de la membrane du tympan, faire par la douche d'air et le cathétérisme des balayages fréquents de la caisse et des cellules.

Lorsque, par ces moyens, on n'a pas obtenu la résolution de l'inflammation, il faut procéder à la trépanation.

Certains auteurs ont pensé éviter cette éventualité en pratiquant l'incision de Wilde qui consiste à sectionner seulement les parties molles et le périoste. Cette pratique est mauvaise, car on laisse le pus dans l'os. C'est ce pus qu'il faut aller chercher.

Différentes voies s'offrent au chirurgien pour pénétrer dans l'intérieur de la mastoïde. Les uns ont choisis le conduit formé en haut et en arrière par des cellules (cellules limitrophes du conduit) qui appartiennent au système mastoïdien (de Trœlsch, Carl Wolf). La trépanation par le conduit dans un espace restreint, sans jour, dans un point non déclive, ne permet pas d'ouvrir largement l'abcès ; les pansements sont difficiles à pratiquer, la suppuration s'éternise et une fistule se produit.

D'autres chirurgiens, et en premier lieu M. Politzer, tenant compte de ce fait exact que les cellules les plus inférieures se prolongent souvent jusque dans la pointe ; qu'il existe là une grande cellule située plus bas que l'autre et communiquant avec tout le système ; que cette grande cellule est éloignée des organes dangereux de la région, ont proposé de trépaner au niveau de la pointe de l'apophyse. C'est encore une opération insuffisante dans les cas d'apophyse sclérosée, si fréquente dans les otorrhées chroniques, et chez les enfants ces cellules sont réduites au minimum.

D'autres auristes, comme Zaufal, Stacke, ont voulu suivre les voies naturelles et pénétrer dans l'antre par le conduit, la caisse et l'aditus. Cette manière de faire, rationnelle pour les cas chroniques, ne convient pas aux cas aigus, puisqu'elle sous entend la destruction opératoire de la caisse et de son contenu. Or, l'expérience nous montre qu'après une suppuration aiguë de l'apophyse mastoïde, traitée par la trépanation, l'audition n'est pas nécessairement altérée.

Il faut donc, avec Duplay, choisir l'antre et l'ouvrir dans tous les cas, quitte à rayonner autour d'elle si les cellules voisines sont malades.

La position de cette antre sera déterminée par la connaissance de points de repère qui permettent d'éviter : 1° l'ouverture de la fosse cérébrale moyenne ; 2° la blessure du facial; 3° celle du canal demi-circulaire transverse ; 4° celle du sinus latéral.

La situation qu'occupe l'antre correspond à la surface de l'os à une petite place dont la limite antérieure est une ligne située à un demi-centimètre en arrière de la moitié supérieure du bord postérieur du conduit et parallèle à ce bord ; la limite supérieure est une ligne osseuse, *linea temporalis*, qui est la continuation de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. En opérant plus haut que cette ligne on risque d'ouvrir le crâne, en opérant plus près du bord postérieur du conduit on risque de trouver profondément le facial et le canal demi-circulaire. Les limites inférieures de l'antre sont moins nettes et d'ailleurs moins importantes puisqu'on ne peut en bas rencontrer que les cellules de la pointe de l'apophyse.

La limite postérieure de l'antre et par conséquent celle de la surface utile à trépaner n'est marquée à l'extérieur par aucun point de repère. Comme dans la profondeur l'antre confine en arrière au sinus latéral, ce manque de point de repère fait que la région postérieure est la région dangereuse. On court d'autant moins de risques que l'on se tient plus rapproché du conduit (Ricard). Il ne faut en tout cas jamais s'éloigner de plus d'un centimètre et demi.

Après avoir incisé largement les parties molles, dans le sillon rétro-auriculaire pour

éviter les cicatrices trop visibles, on décolle avec le plus grand soin le périoste de l'os sous-jacent sur toute l'étendue de l'apophyse mastoïde, en découvrant en haut la ligne temporale, en avant le conduit auditif osseux, en bas la pointe de l'apophyse, et en arrière on pousse le décollement jusqu'à deux centimètres au moins en arrière du conduit. Après hémostase qui est facilitée par un décollement soigneux du périoste, on cherche sur la corticale dénudée ses points de repère et dans l'espace qui en arrière du conduit et au-dessous de la ligne temporale correspond à l'antre, on creuse à la gouge et au maillet un orifice qui conduit dans l'antre. On aura plus ou moins profondément à creuser suivant que la corticale sera plus ou moins épaisse.

L'antre ouvert, l'abcès est ouvert. Dans sa cavité on peut trouver du pus, des bourgeons charnus, des séquestres ; on la nettoie avec soin. Si c'est utile on ouvre les cavités cellulaires voisines, on les fouille à la curette, en évitant de porter le tranchant de l'instrument en arrière et en haut par crainte du sinus.

La cavité de l'abcès osseux étant bien nettoyée, on pratique le tamponnement à la gaze iodoformée et on fait un pansement avec ou sans sutures, suivant les règles de la chirurgie générale.

Dans les cas d'otite aiguë, il est inutile de remonter de l'antre dans la caisse ; mais dans les cas où l'inflammation mastoïdienne est causée par une otite chronique, il est bon au contraire d'ouvrir en même temps la caisse et de faire pour ainsi pire une cure radicale (Kuster). Pour cela, la trépanation étant faite au lieu d'élection, et l'antre ouvert, on cherche en avant et en haut de cette cellule, le pertuis qui la fait communiquer avec la caisse, on introduit dans ce pertuis un stylet qui se trouve séparé à l'extérieur par un pont osseux formé par la moitié supérieure de la paroi postérieure du conduit Ce pont sépare l'antre du conduit et de la caisse ; à la gouge et au maillet et en laissant en place dans le pertuis le stylet qui protège ainsi dans la profondeur le coude du facial et le canal demi-circulaire transverse, on fait sauter ce pont osseux et on réunit ainsi en une seule cavité l'antre, le conduit et la caisse. C'est dans ces cas qu'est justiciable la pratique des chirurgiens qui, suivant une route inverse à celle que nous proposons, pénètrent dans l'antre par la caisse et l'aditus. C'est la base de la remarquable méthode de Stacke, qui convient au traitement de ces suppurations chroniques de l'apophyse mastoïde ne se traduisant que par de l'otorrhée.

Tous les points étant à ciel ouvert, les cavités malades, caisse, antre, cellules, peuvent être curetées et nettoyées sans danger ; cela fait on tamponne à la gaze iodoformée et on se conduit dans les pansements ultérieurs comme dans toute trépanation osseuse.

Voyons maintenant le cas où l'abcès mastoïdien livré à lui-même s'évacue à l'extérieur de l'apophyse mastoïde, en laissant de côté les complications du côté du cerveau ou du sinus.

Il peut fuser dans les gaines des muscles que s'insèrent à l'apophyse mastoïde et cheminer plus ou moins loin sous la forme d'abcès par congestion. Dans ces cas, il faut ouvrir l'abcès là où il se trouve (gaine du sterno-mastoïdien, etc.), suivre à rebours le trajet du pus, remonter à sa source : l'apophyse, — pratiquer la trépanation au lieu d'élection et traiter comme il a déjà été dit.

La trépanation peut se faire spontanément à la surface de l'apophyse mastoïde par un trajet étroit qui ne permet qu'une évacuation insuffisante, et il s'ensuit une fistule osseuse qui n'a pas tendance à la guérison spontanée.

Ces fistules mastoïdiennes doivent être traitées comme toutes les fistules osseuses par l'incision et le grattage ; mais comme leur orifice interne est dans l'antre, puisque c'est pour évacuer une suppuration de l'antre qu'elles se sont formées, il faudra ouvrir cette cavité si l'on veut guérir la fistule. Cette manière de procéder est meilleure qu'un simple

curettage du trajet fistuleux, méthode aveugle qui expose aux dangers de blesser les organes voisins soit avec les instruments, soit en déplaçant des séquestres profondément situés. — Voici ce que nous proposons de faire : Inciser la peau et décoller le périoste de façon à mettre à nu toute l'apophyse mastoïde et l'orifice de la fistule, ouvrir l'antre au lieu d'élection, raccorder l'orifice fistulaire à l'antre en faisant sauter la substance osseuse qui recouvre le trajet, mettre ainsi ce trajet à ciel ouvert, enlever les séquestres, curetter les granulations, suivre les parties malades aussi loin que possible. S'il y a en même temps une otite moyenne suppurée chronique, il faut aller jusque dans la caisse et la nettoyer.

On pansera à la gaze iodoformée, en faisant des lavages dans l'intérieur de l'antre.

Comme on le voit, c'est la pratique sage adoptée par nos maîtres, que les rapporteurs ont mise en évidence avec clarté, et nous ne pouvons que les en féliciter.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Maladie d'Addison. — M. Mouisset a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon les pièces anatomiques d'un homme de 36 ans, qui avait une maladie d'Addison, et dont l'autopsie a montré les altérations de nature tuberculeuse des capsules surrénales, accompagnées de lésions inflammatoires périphériques.

L'histoire clinique de ce malade offre un certain intérêt pour les raisons suivantes :

1° La maladie a eu un début brusque ;

2° Le diagnostic de maladie d'Addison a été fait sur la constatation de taches pigmentaires de la muqueuse buccale ;

3° Le malade a succombé à un érysipèle de la face deux mois après le début des accidents qui ont motivé la cessation du travail.

Or, les altérations des capsules surrénales sont très inégales. La capsule droite est le siège de lésions vraisemblablement récentes. Les lésions de la capsule gauche, beaucoup plus considérables, semblent remonter à une date antérieure, et il existe à la périphérie des brides fibreuses, des fausses membranes, paraissant liées à une inflammation récente de voisinage.

Si l'on rapproche ces lésions anatomiques des douleurs épigastriques et lombaires signalées du côté gauche, on peut admettre que l'aggravation de la maladie s'est produite lorsque l'inflammation a atteint le péritoine et le sympathique abdominal.

Inoculations tuberculeuses expérimentales. — M. Courmont a inoculé un cobaye vivant avec des fragments d'endocardite aiguë recueillis chez un tuberculeux. L'animal est devenu tuberculeux, ce qui indique la nature de l'endocardite. M. Courmont a insisté sur la valeur de la méthode de M. Arloing, qui devrait être absolument classique ; lorsqu'on veut fixer le diagnostic et le pronostic d'une lésion suppurée tuberculeuse, il faut inoculer celle-ci sous la peau de la cuisse à deux cobayes et deux lapins. Les cobayes serviront à faire le diagnostic de la tuberculose :

1° De leur vivant, par l'apparition de ganglions inguinaux durs et unilatéraux du côté inoculé du 8e au 15e jour qui suivra l'inoculation ;

2° Après leur mort, par les lésions tuberculeuses des viscères.

Les lapins serviront à faire le pronostic de la tuberculose. Ils seront sacrifiés au moment de la mort des cobayes, c'est-à-dire au bout de deux mois. S'ils présentent des lésions tuberculeuses (primitivement pulmonaires et sans lésions des lymphatiques

chez le lapin), la tuberculose avait une virulence normale ; sinon le virus était atténué. La caractéristique du ganglion pouvant faire affirmer la tuberculose est la suivante : ganglions inguinaux gros, durs, surtout sous le doigt, uniquement du côté inoculé ne devenant pas appréciables avant le huitième ou dixième jour après l'inoculation, apparaissant en tous cas (sauf dans quelques cas très atténués) avant le quinzième, et ne disparaissent plus jusqu'à la mort de l'animal.

Un symptôme particulier chez les enfants tuberculeux. — D'un travail de M. Wull, il résulte que l'on peut observer chez certains enfants atteints de tuberculose pulmonaire un syndrome spécial caractérisé par de la cyanose de la face et des extrémités, une sensation de froid général coïncidant avec un abaissement notable de la température centrale et périphérique, du spasme artériel, de l'hyperglobulie, une augmentation du volume de la rate, une modification de la composition de l'urine se traduisant, entre autres phénomènes, par l'apparition de l'albuminurie.

Ce syndrome se produit tantôt par le simple passage de la station couchée à la station debout, tantôt par le passage d'un milieu à température chaude dans un milieu à température modérée ou fraiche.

Ce syndrome est essentiellement transitoire. Sa durée varie de quelques minutes à quelques heures.

Il a une marche intermittente, se produisant très facilement à certaines périodes, ne se montrant pas à d'autres.

Il paraît indépendant de la forme clinique qu'affecte la tuberculose pulmonaire, de la prédominance de tel ou tel symptôme de l'étendue et de la gravité des lésions. Il se montre au début de la tuberculisation aussi bien qu'aux périodes avancées de celle-ci.

Il est indépendant du régime, des saisons, se montre en été aussi bien qu'en hiver.

— M. Delezenne a entrepris au laboratoire de M. le professeur Wertheimer une série d'expériences relatives à *l'action du froid sur la diurèse.* On avait admis jusqu'ici que le froid produisant la constriction des vaisseaux cutanés amenait le reflux du sang vers les organes profonds et concurremment la dilatation des vaisseaux du rein, d'où augmentation de la diurèse. Ses recherches établissent que cette donnéeest inexacte.

La méthode consiste à mesurer plusieurs fois de suite la quantité d'urine qui s'écoule dans un temps donné avant la réfrigération et pendant la réfrigération. La comparaison des chiffres ainsi obtenue a permis d'établir que toujours la quantité d'urine qui s'écoule pendant la réfrigération est notablement inférieure à celle qui s'écoule à l'état normal. M. Delezenne a varié ses expériences, appliquant le froid tantôt sur un point de la surface du corps, tantôt sur un autre ; tantôt sur le corps entier, et toujours dans les cinquante expériences qu'il a faites il est arrivé à ce même résultat. Cette diminution se constate encore lorsqu'on augmente artificiellement la diurèse en donnant, par exemple, à l'animal, des diurétiques puissants, comme le sucre et l'urée.

En ce qui concerne les variations de pression artérielle, l'auteur note que, lorsque sous l'action du froid la pression augmente, la diurèse diminue.

Il montre ensuite que si les résultats que lui ont fourni ces expériences diffèrent de ceux obtenus par Roloman Müller (dont il a d'ailleurs repris les expériences), cela tient au procédé expérimental adopté par ce physiologiste, lequel consiste à compter le nombre de gouttes d'urine s'écoulant, dans un temps donné, par des tubes capillaires. Les résultats ainsi obtenus ne sauraient être exats, puisque, l'urine étant essentiellement variable dans sa composition et dans sa densité, le nombre de gouttes ne saurait être constant pour un volume donné.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

Gangrène sèche spontanée

M. PANAS communique l'observation d'un cas de gangrène du membre inférieur. L'affection s'est développée sans que l'on puisse invoquer pour l'expliquer ni l'athérome ni la production d'une embolie, ni le traumatisme. Un fait analogue a été publié il y a quelque temps par M. Laveran et MM. Verneuil, Le Dentu, Regnard ont observé un certain nombre de cas de ces gangrènes ; leurs observations sont réunies dans la thèse de Jabeulay.

Le malade de M. Panas est un homme de 35 ans, nerveux, fils d'un père goutteux et d'une mère hystérique ; il a six frères et sœurs dont trois sont des nerveux. La maladie a débuté il y a six ans, par des douleurs du côté des membres supérieurs; après quelques temps les douleurs passèrent aux membres inférieurs et des plaques rouges apparurent sur la jambe gauche. Puis tout se calma au bout de deux mois, jusqu'en novembre 1893. A ce moment, les douleurs reparurent dans le membre inférieur gauche et il se produisit des veinosités cutanées. Bientôt deux phlyctènes apparurent à l'extrémité du gros orteil et il se développa dans ces points des plaques gangréneuses qui envahirent petit à petit les deux orteils voisins.

Les douleurs étaient insupportables et rien ne parvenait à les calmer. Peu à peu la gangrène gagna le 3e et le 4e orteil et enfin sembla envahir le dos du pied. Dans ces conditions M. Panas pratiqua l'amputation au tiers supérieur et le résultat opératoire fut parfait. Malheureusement les douleurs spontanées continuèrent. La morphine, le bromure de potassium, l'antipyrine, le chloral employés séparément ou ensemble ne parvinrent pas à les faire cesser ; seul le salicylate de soude, donné à la dose de 3 grammes par jour réussit. Actuellement le malade souffre encore un peu.

Pendant l'amputation, il n'y eut pas d'hémorrhagie et M. Panas ne lia que l'artère tibiale postérieure qui était très diminuée de volume. Par contre, les saphènes étaient gorgées de sang noir.

Les artères et les veines profondes du membre amputé étaient très diminuées de volume et oblitérées sans qu'il y ait de caillot. Histologiquement, on trouva une prolifération de la gaine endothéliale des vaisseaux, mais pas d'athérome. L'élastique était plissée, la couche musculaire peu altérée, la tunique externe se montrait un peu épaissie.

En résumé, il s'agissait d'une endovascularite soit primitive (goutte), soit dépendant d'une lésion nerveuse. En effet, un grand nombre de fibres du nerf tibial antérieur étaient altérées. On peut encore invoquer en faveur de l'origine nerveuse la longue période douloureuse qui a précédé l'apparition de la gangrène.

Les urines étaient normales. M. Raymond a constaté l'absence de toute trace hystérique et M. Fournier n'a pas trouvé trace de syphilis.

Il est impossible de dire actuellement si, l'origine nerveuse étant admise, on doit croire à une lésion centrale ou à une lésion périphérique.

M. VERNEUIL rapporte que la pathogénie des gangrènes chirurgicales est très mal connue et que le rôle respectif de système vasculaire et nerveux dans leur production est difficile à fixer. Dans un cas sur lequel il a l'intention de revenir plus tard, M. Verneuil vit un malade atteint d'une gangrène de la jambe, et qui souffrait beaucoup, être soulagé par la section du sciatique pratiquée par M. Quénu. Après amputation la guérison se

fit facilement. C'est surtout l'étiologie des gangrènes qui se produisent chez les gens en apparence bien portant qui est difficile à fixer. Mais, avant de prendre le bistouri, le chirurgien doit faire une enquête sévère, afin de bien connaître les antécédents pathologiques du malade et de ses ascendants. Le salicylate de soude fit disparaître les douleurs chez le malade de M. Panas. Chez une femme à laquelle il avait, dans un cas d'ulcère névropathique, fait l'amputation de la jambe, le moignon s'ulcéra et M. Verneuil, pour combattre les douleurs atroces qu'accuse la malade, fit successivement la section de tous les nerf sallant au moignon; il sectionnaa et ne put faire disparaître les souffrances qu'en administrant l'hyosciamine.

L'observation de M. Panas est analogue à celle que M. LAVERAN a communiquée à l'Académie. Chez son malade, les douleurs étaient un peu moins vives et de plus, on trouve les nerfs du membre absolument intacts ; il n'y avait que des lésions artérielles. L'étiologie de ces gangrènes est des plus obscures, et M. Laveran, dans son cas, n'a pas cru devoir incriminer le paludisme dont le malade était guéri depuis longtemps.

M. LABORDE tient à dire que, dans certaines névralgies rebelles de la face, névralgies qui semblent ne pouvoir être traitées que par la névrotomie, l'aconitine cristallisée donne les meilleurs résultats ; il faut administrer le médicament à la dose de un dizième de milligramme par jour en quatre fois ; aucun accident n'est à redouter si l'on agit de cette manière.

M. FOURNIER a vu dans certains cas des gangrènes foudroyantes du pénis ou du scrotum dont la cause était impossible à trouver, quelquefois l'artérite syphilitique peut produire des gangrènes, mais, chez le malade de M. Panas, le traitement spécifique resta sans résultats. Le salicylate de soude est un excellent médicament contre la douleur et il réussit bien dans les douleurs fulgurantes des diabétiques.

Vaccinatien et revaccination

M. HERVIEUX communique à l'Académie le rapport sur les instituteurs et institutrices publics et privés, qui, par leurs efforts, ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine dans les écoles. Ce rapport comprend : 1° un exposé des résultats obtenus par une première application de la circulaire ministérielle relative aux récompenses ; 2° les *desirata* de cette application ; 3° les avantages considérables qu'on pourrait retirer d'une application rigoureuse de la circulaire.

Résultats. — Efforts d'un grand nombre d'instituteurs ou institutrices pour vaincre la résistance que l'apathie, l'insouciance, les préjugés, l'ignorance, etc. opposent aux vaccinations et surtout aux revaccinations. — Augmentation notable du nombre de ces opérations dans les écoles.

Desiderata.—Nombre trop minime des états de vaccination adressés au ministre par les préfets. Quelques départements même n'ont rien envoyé. — A l'exception d'un seul département, qui désigne pour les récompenses proposées les instituteurs et institutrices, tant publics que privés, tous les autres départements ne mentionnent que ceux qui appartiennent aux écoles publiques où, s'ils signalent les autres, c'est en omettant leur qualification de privés.

Avantages. — L'application de la circulaire ministérielle a permis de constater : 1° que dans la grande majorité des écoles communales, les enfants ne sont ni vaccinés ni revaccinés ; 2° que le nombre des médecins inspecteurs est insuffisant ; 3° que, dans les campagnes, la gratuité des opérations vaccinales étant indispensable pour triompher de toutes les résistances les frais de ces opérations devraient être inscrits au budget des communes ; 4° que les prescriptions ministérielles, en exigeant la surveillance des écoles privées et publiques, faciliteront l'exécution de toutes les lois de l'hygiène dans les écoles.

Un procédé sûr de stérilisation du catgut

Nous savons que l'administration de l'Assistance publique est en train d'étudier la question de la fourniture des catguts et va s'adresser, suivant toutes probabilités, au docteur Répin, qui arrive à stériliser complètement ce produit et qui, pour le conserver, le met dans un flacon rempli d'un bouillon de culture. Si le liquide se trouble, c'est que le catgut n'était pas stérile et on ne doit pas l'employer.

Il nous a paru intéressant de donner à nos lecteurs la façon de procéder du docteur Répin, exposée, du reste, dans un des derniers numéros de l'Institut Pasteur et que M. Périer vient d'exposer à la dernière séance de l'Académie.

Il faut d'abord que le catgut soit parfaitement dégraissé, et le meilleur procédé consiste à l'épuiser au moyen de l'éther ou du sulfure de carbone à l'ébullition dans un appareil à reflux. On obtient ainsi un produit blanc inodore, se gonflant rapidement dans l'eau et très souple sans être glissant.

Il faut ensuite le dessécher complètement, car il suffit d'une trace d'eau pour amener la désorganisation, quand la température dépasse 100°.

Pour cela on le met dans un dessiccateur à acide sulfurique, ou bien dans une étuve sèche qu'on porte lentement à 110° et qu'on maintient ainsi pendant une heure.

On le place ensuite dans des tubes scellés renfermant de l'alcool *absolu* et on le porte à l'autoclave à 120° pendant une heure.

Le degré de l'alcool n'est pas indifférent. L'alcool aqueux, même s'il ne renferme que 1 0/0 d'eau, exerce une action destructive d'autant plus prononcée et plus rapide, que la température est plus élevée.

« Le catgut soumis à une pareille épreuve, dit M. Répin, n'est modifié en rien, ni dans son apparence, ni dans ses qualités : sa résistance à la rupture, que j'ai mesurée au dynanomètre, avant et après le chauffage, n'a pas été diminuée, son élasticité est restée la même, ainsi que la faculté d'imbibition dans l'eau et sa souplesse une fois mbibé. »

L'auteur s'est ensuite assuré par des expériences précises qu'à la température de 120° dans l'alcool absolu, les germes les plus résistants, tels que les spores du *B. Subtilis*, du tétanos et du *B. Anthracis*, préalablement desséchées, étaient complètement stérilisées.

Il a même été plus loin, il a opéré sur un catgut provenant d'un animal charbonneux, qu'il a soumis au même mode de stérilisation, ce catgut a été inoculé ensuite à trois cobayes, « aucun de ces animaux n'a présenté de signes d'infection ». Il est donc démontré que la stérilisation du catgut par la vapeur d'alcool sous pression, à 120° pendant une heure, est une méthode sur laquelle on peut compter d'une façon absolue.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par arrêtés ministériels, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes ci-après désignées, qui se sont signalées par leur dévouement au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi en France en 1893 :

Rappel de médaille d'or. — M. le docteur Vedel (de Lunel).

Médailles de vermeil, — MM. les docteurs Bordone (de Frontignan) et Bosc (de Montpellier).

Rappel de médaille de vermeil. — M. le docteur Vigné, député, à Clermont-l'Hérault.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bazin et Revel (de Clermont-l'Hérault), Goulet (de Saint-Pargoire), Durand (de Marseillan), Espagne (de Montpellier), Gavaudan (de Vias), Mauzac (de Florensac), Pons (de Lunel) et Rouquette (de Lodève).

Rappel de médaille d'argent. — M. le docteur Scheydt, maire de Cette.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Houel, Jaussaud, Monestier (de Montpellier), Petit (de Cette), Pistre (de Villeveyrac);

MM. les étudiants en médecine Auzillon, de Fajolle, Hugues, Rémignard, Rouch, Ronzier-Joly et Thenoz (de Montpellier), Lassalle, interne à l'hôpital de Cette;

Mme Carles, surveillante en chef à l'asile des aliénés de Montpellier.

Mentions honorables. — MM. Cadilhac, Chatinière, Magnol, internes des hôpitaux de Montpellier; Isenberg et Monteux, internes de l'hôpital de Cette; Cros et Malzac, étudiants en médecine à Montpellier;

MM. Daurès, infirmier; Desplas et Pailloix, surveillants; Mottet, surveillant en che à l'asile des aliénés de Montpellier;

Mmes Aubert, surveillante; Prades, Puech, surveillantes sous-chefs, Lacombe, Pailloux. à l'asile des aliénés de Montpellier; sœur Marguerite (Dlle Sarrazin), de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, infirmière à l'hôpital suburbain de Montpellier; les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul à l'hospice de Cette.

— M. le docteur A.-H. Pilliet est nommé conservateur délégué du musée Dupuytren.

— Le concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital civil d'Alger s'est terminé par la nomination de M. le docteur Reynaud.

— Depuis pas mal de temps la variole sévit à New-York avec une certaine intensité. Le Conseil d'hygiène ne néglige cependant rien pour empêcher la propagation de la maladie. Le bruit s'étant répandu qu'un employé de l'hôtel de ville avait été atteint et transporté à North Brother Island, des inspecteurs du Conseil d'hygiène se sont aussitôt rendus à l'hôtel de ville et ont vacciné tous les employés en commençant par le secrétaire particulier du maire. Le maire lui-même n'étant pas à son bureau lorsque les inspecteurs sont arrivés, il a été vacciné plus tard chez lui avec tous les membres de sa famille. Or, il a été prouvé que l'employé avait contracté la maladie dans sa maison, où il s'était déjà produit un cas de variole, et que depuis cette époque il n'était pas allé à l'hôtel de ville.

A Brooklyn, on a vacciné également en masse, de gré ou *de force*, les habitants de certains quartiers : dans une soirée, quarante médecins du Conseil d'hygiène, escortés par cent vingt-cinq agents, ont vacciné plus de 5,000 personnes dans un seul quartier.

Cette manière de procéder a cependant amené des procès. Deux hommes qui avaient refusé de se laisser vacciner ont été mis en quarantaine par un médecin sanitaire. L'affaire fut portée devant les tribunaux, le juge déclara que le médecin avait commis un excès de pouvoir et qu'il n'avait nullement le droit de sévir contre les personnes qui ne veulent pas se faire vacciner.

Nécrologie. — MM. les docteurs Labrot (de Marsanne), Lionnet (de Paris), Trapenard (de Gannat) et de M. Jean Philipon, externe à l'hôpital civil d'Alger.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

Les cirrhoses infectieuses et le foie infectant

Nous avons étudié dans notre dernière Revue, les lésions du foie dans le cours des maladies infectieuses. Il nous reste à montrer, d'une part que ces maladies peuvent laisser après elles des traces durables du côté du foie, qu'elles entraînent la production de cirrhoses infectieuses ; d'autre part, que le foie infecté par diverses voies peut devenir à son tour infectant.

Il y a deux formes essentielles de cirrhoses infectieuses. Dans la cirrhose capillaire, trabéculaire, embryonnaire (Gastou) le foie généralement d'un volume moyen est quelquefois atrophié; cependant il peut peser jusqu'à 1,000 grammes. La surface est gris rosé ou rouge, avec taches lie-de-vin ou ecchymotiques. La plaque infectieuse et surtout la granulation infectieuse sont constantes; ces dernières dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à un pois ne font qu'une légère saillie et ne sont pas énucléables. Elles sont constituées comme les plaques par des zônes de dilatation capillaire avec infiltration de cellules embryonnaires et dégénérescence graisseuse des cellules ; autour d'elles il y a des zones de dilatation et de congestion portale et artérielle. La cirrhose est circulaire ou annulaire, toujours mono et intra-lobulaire. On voit les espaces portes élargis et les travées de sclérose remplies de cellules embryonnaires ; il y a de l'endopériphlébite, de la périartérite, de l'artérite, de la périangiocholite. Les cellules embryonnaires semblent provenir des capillaires des espaces et des travées. Dans les points ou la dégénérescence parenchymateuse n'est pas complète, les capillaires ont leurs parois épaissies et forment un réticulum constituant une cirrhose capillaire, trabéculaire, mono-cellulaire qui est caractéristique du foie infectieux. La veine centrale devient rapidement invisible. Les cellules de la périphérie du lobule sont transformées en graisse. En résumé ce qui domine dans cette forme, c'est la capillarite avec infiltration embryonnaire et la dégénérescence graisseuse.

Dans la seconde forme de Gastou, cirrhose capillaire, trabéculaire, biliaire, le volume du foie est plus considérable et son poids est rarement inférieur à 2,000 ou 3,000 grammes. Il y a souvent de la périhépatite. La surface est couverte de granulations qui font saillie et ont une couleur jaune chamois ; elles se montrent entourées, à la coupe, par d'épaisses bandes d'un tissu gris ou jaunâtre coloré par la bile en vert. Histologiquement, la cirrhose est annulaire, uni-multilobulaire, toujours intralobulaire ; elle aboutit quelquefois à la nécrose et tend parfois à la transformation nodulaire. Au centre de l'anneau scléreux périlobulaire, le parenchyme est désintégré ; dans les portions intermédiaires entre le centre et la périphérie les cellules sont en dégénérescence granulo-graisseuse ; la veine centrale a disparu. Les néo-canalicules biliaires sont extrêmement développés et les canalicules qui se forment entre les cellules hépatiques

comprennent les capillaires. Gastou admet qu'il y a capillarite dans l'espace porte, manque de nutrition du canal biliaire, rupture de sa paroi et prolifération canaliculaire par irruption interconjonctive et intercellulaire. Puis cette infiltration réagit sur le capillaire pour le comprimer.

La cirrhose infectieuse peut s'associer à un grand nombre d'autres lésions, tuberculose, cancer, syphilis, etc.

C'est surtout chez l'adulte que l'on voit se produire la cirrhose infectieuse et elle se montre avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme. Cette dernière s'infecte plus particulièrement par la voie génitale et l'homme par la voie digestive, plus rarement par la voie cutanée ou pulmonaire.

Les symptômes apparaissent quelques mois ou même seulement quelques années après la maladie infectieuse causale ; tantôt l'individu est atteint en pleine santé, tantôt il présente depuis quelque temps de l'affaiblissement et des troubles gastro-intestinaux. Quoiqu'il en soit, l'appétit se perd, les selles sont souvent diarrhéiques, fétides, décolorées.

Un prurit incommode acquiert rapidement une assez grande intensité en même temps que se montrent des éruptions cutanées diverses, de l'urticaire surtout. L'insomnie est habituelle et des douleurs vagues tourmentent le malade. Peu à peu la face devient cireuse, jaunâtre, le nez s'effile, l'amaigrissement et la faiblesse font des progrès et bientôt il se produit des hémorrhagies nasales ou des vomissements teintés de sang. L'aspect est alors celui d'un cachectique. Assez fréquemment les malades présentent des œdèmes fugaces qui occupent un pied, une main, les bourses. Les urines ne renferment pas d'albumine; on y trouve de l'urobiline, peu d'urée, des pigments biliaires. Le foie est tantôt hypertrophié, tantôt petit et, dans ce dernier cas, il y a souvent un peu d'ascite. De la bronchite avec pleurésie d'une ou des deux bases complique l'état du malade. Bientôt la fièvre apparaît, l'œdème gagne, il y a des hallucinations visuelles, de la jactitation, des hémorrhagies diverses, du purpura, et le patient meurt dans le coma, à moins qu'il ne soit emporté par une pleurésie, une congestion pulmonaire, la tuberculose. La durée de la maladie varie.

Il y a quelques différences symptomatiques entre les deux formes anatomiques. Dans la cirrhose infectieuse embryonnaire, l'aspect septicémique domine; il y a des épistaxis, du purpura et la durée est souvent peu prolongée, ne dépasse pas six semaines. La peau a une teinte qui se rapproche de celle de l'ictère dans la cirrhose infectieuse biliaire, et l'évolution est plus longue.

M. Gastou a mis en évidence le rôle de l'infection dans les hépatites et les cirrhoses et, pour lui, elle est toujours présente au début et à la fin de l'évolution des maladies hépatiques.

La congestion active du foie, par exemple, est une infection hépatique prélude d'hépatite ou de cirrhose et résulte d'une action toxique et infectieuse irritant la cellule hépatique par l'intermédiaire de la veine porte et des capillaires. La congestion passive qui dilate les capillaires et atrophie les cellules, appelle l'infection portale et prépare l'infection biliaire.

Les abcès du foie résultent de l'intervention de microbes venus par les voies biliaires (infection ascendante) ou provenant de la circulation artérielle ou vieneuse. Le pus des abcès peut être aseptique, mais très souvent on y trouve de nombreux streptocoques et staphylocoques, etc.

Dans les pylophlébites, même cachectiques, les microbes interviennent toujours (Vaquez) et nous avons déjà parlé des infections biliaires.

Les ictères dits graves, sont d'origine infectieuse, même dans des formes très atténuées. Girode a même insisté sur la fréquence de l'infection sanguine primitive, de telle sorte qu'il s'agit souvent d'une infection avec ictère. Il a isolé de l'urine, du sang, des capillaires, des veines et des amas nécrotiques hépatiques des staphylocoques, des streptocoques, le coli bacille, tous microbes non spécifiques; cependant le streptocoque donnerait naissance aux lésions de l'atrophie forme aiguë Des microbes très divers ont été isolés dans les cas où la maladie présentait l'ensemble de symptômes désigné sous le nom d'ictère grave : diplocoques, bacilles, etc.

Dans la cirrhose calculeuse, on trouve des microbes divers, mais principalement le bactérium coli, dans les conduits biliaires.

La cirrhose hypertrophique biliaire ou maladie de Hanot est, pour Gastou, le type parfait du foie infectieux et les lésions sont, en effet, à peu près les mêmes que dans ce dernier, sauf cependant que les altérations cellulaires sont moins marquées. M. Gastou a dans deux cas ensemencé différents liquides et particulièrement le sang. Dans les deux cas, il a isolé un coccus ovoïde, allongé, formant diplocoques en grappe et liquéfiant la gélatine; on le retrouve sur les coupes et il occupe les capillaires.

Enfin, l'hépatite interstitielle chronique avec hypertrophie (Hayem), la cirrhose aiguë du foie (Debove), les cirrhoses graisseuses (Lancereaux, Hutinel, Sabourin, Merklen, etc.), les adénômes sont toujours des hépatites et des cirrhoses infectieuses. Il n'est pas jusqu'à la cirrhose de Laënnec elle-même, qui ne pourrait, dans un certain nombre de cas au moins, être d'origine microbienne.

Lorsque le foie est infecté, malade chroniquement de par le fait d'une infection, il peut devenir infectant et donner lieu secondairement à des localisations morbides diverses, C'est ainsi que Gastou a vu l'infection partie d'un foie morbide se généraliser et produire : l'endocardite ulcéreuse, la méningite, les pneumonies et broncho-pneumonies, les suppurations cellulaires, péritonéales, articulaires, les entérites, la pleurésie, les néphrites, etc. Le foie devient dans ces faits un centre d'infection pour tout l'organisme : il se fait comme une infection en plusieurs étapes.

Quelles sont les voies par lesquelles se fait l'infection hépatique?

Elle peut suivre la voie du système veineux général ou du système lymphatique : affections chirurgicales et septicémie puerpérale. D'autres fois, c'est du côté du poumon qu'est la porte d'entrée : affections broncho-pulmonaires qui agissent de plus en congestionnant le foie par suite de la dilatation du cœur droit. Dans le plus grand nombre des cas, l'infection provient de l'intestin et peut se faire alors par diverses voies. C'est ainsi que le péritoine peut être le chemin suivi (tuberculose hépatique).

Expérimentalement, Gastou a pu réaliser des lésions du foie par des inoculations intra-péritonéales et intra intestinales de bacille coli et, pour lui, les altérations qui suivent la voie lymphatique agissent d'une façon analogue aux infections portales par l'intermédiaire des espaces lymphatiques qui entourent les veines sus hépato-glissonniennes.

L'infection hépatique, d'origine artérielle, agit souvent seule, mais coïncide habituellement avec des infections veineuses et canaliculaires. L'infec-

tion portale radiculaire est, au contraire, le mode le plus habituel des infections hépatiques et ce sont, soit les microbes, soit les toxines qui agissent, il se produit une capillarite infectieuse qui est suivie d'une altération cellulaire et canaliculaire biliaire, favorisant par l'altération des canalicules et les modifications de la bile, les infections biliaires qui sont toujours consécutives aux infections portales dans les infections générales ; dans les infections biliaires dites protopathiques (calculs), l'altération capillaire portale s'ajoute à l'infection billiaire, l'accompagne et souvent la provoque. (Gastou.)

Chacun sait combien les fonctions du foie sont multiples et importantes. Les lésions qui compromettent gravement les éléments nobles du foie, sont donc toujours des lésions graves et il en sera ainsi dans la plupart des foies infectieux. Au contraire, et c'est là un point sur lequel à notre avis il conviendrait d insister, si l'infection, dans la cirrhose hypertrophique d'Hanot, par exemple, respecte dans une certaine mesure l'intégrité cellulaire du foie, le pronostic deviendra moins grave. Mais pourquoi, dans cette infection, les cellules conservent-elles longtemps leur intégrité ? C'est là un point qu appelle de nouvelles recherches. Tout hépatique doit se considérer comme gravement atteint et suivre un régime spécial, basé sur ces trois points : la cellule hépatique fabrique des albuminoïdes et il faut l'aider en en fournissant à l'organisme ; la dégénérescence graisseuse de cette cellule est à redouter et on doit bannir la graisse de l'alimentation ; la cellule n'agit plus sur les poisons, la bile est versée en quantité insuffisante dans l'intestin ou est altérée, il faut rejeter les aliments à putréfaction facile, ceux qui renferment des ptomaïnes. Ajoutons, avec Hanot, que les aliments riches en potasse et les acides sont nuisibles, parce que la potasse est un poison pour la cellule, à laquelle les milieux alcalins sont seuls favorables. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les détails du régime, mais on doit considérer ce dernier comme absolument indispensable et comme seul capable de prolonger la vie lorsque les lésions du foie sont profondes.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La chirurgie cranienne a occupé presque toute la séance à propos d'un rapport fait par M. Segond sur une observation de M. Verchère.

C'est d'une *trépanation secondaire* pratiquée au deuxième mois par le chirurgien de Saint-Lazare dont il s'agit. L'enfant de 7 ans sur lequel elle fut pratiquée, avait reçu dans la région temporale un coup de pied de cheval qui avait déterminé une fracture du crâne avec enfoncement et perte de connaissance immédiate. Au bout de quatre heures, la paralysie était complète à gauche et les vomissements apparaissaient en même temps que des mouvements rhytmiques dans les membres du côté opposé. Cet état dura quatre jours, au bout desquels l'enfant reprit connaissance. Enfin, quand M. Verchère vit ce petit malade, la paralysie gauche existait seule. Il constata, immédiatement au-dessous d'une cicatrice déprimée, un enfoncement bien net et intervint immédiatement.

La trépanation permit de soulever un fragment osseux qui avait traversé la dure-mère par un de ses angles, et pénétré dans la substance cérébrale. Il fut facilement enlevé, mais la gouge rencontra malencontreusement une

branche antérieure de la méningée moyenne, qui saigna assez abondamment et ne put être saisie avec une pince hémotastique. La compression, du reste, faite avec de la gaze iodoformée réussit pleinement, la paralysie disparut et le petit malade, complètement guéri, a été présenté à la Société de chirurgie quinze mois après l'intervention, c'est à-dire après un laps de temps qui permet d'assurer son rétablissement définitif.

Comme le fait remarquer M. Segond, cette observation ne prête pas à beaucoup de discussion. L'indication était formelle et elle a été parfaitement suivie. Seule, la présence pendant deux mois d'une esquille osseuse, plantée dans la substance cérébrale et n'y déterminant pas de lésions irrémédiables, puisque la paralysie a disparu, mérite d'être notée. Ce sont là des cas assez rares, quoiqu'on en trouve quelques-uns relevés, du reste, par M. Verchère dans son travail.

Dans cette observation, il n'existait pas d'épanchement sanguin traumatique intra-cranien, comme dans le cas déjà cité à la tribune de la Société et rappelé dans cette séance par M. Routier. Ici, aussi, un fragment entrait dans la substance cérébrale, et la compression dut arrêter l'hémorrhagie de l'artère méningée moyenne impossible à saisir. Cette compression par la gaze iodoformée détermina même une aphasie passagère qui disparut aussitôt qu'on retira les tampons.

M. Marc Sée, à ce propos, se demande si, dans le cas de M. Verchère, il n'y avait pas compression complexe et par le fragment et par un épanchement à cause de l'étendue des paralysies, difficile à expliquer par une seule pointe de fragment n'agissant que sur un point limité. Et M. Championnière intervient dans le débat, en disant que l'indication était tellement nette qu'on peut dire que l'opération a été faite deux mois trop tard et que si M. Verchère avait été appelé le premier jour, il aurait certainement trépané cet enfant. C'est, du reste, la conduite du chirurgien de Saint-Louis, comme de beaucoup d'autres qui trépane immédiatement s'il y a enfoncement, pour éviter les accidents présents et futurs.

Quant à l'hémorrhagie, elle est dans cette chirurgie cranienne tout aussi grave quand elle est veineuse que lorsqu'elle vient des artères. Beaucoup d'accidents secondaires devraient même être mis sur son compte. La compression est le seul moyen efficace d'arrêter l'écoulement sanguin, et M. Championnière la pratique depuis bien longtemps; mais, à la gaze iodoformée, qui adhère fortement aux tissus et qu'il faut enlever péniblement, il préfère, suivant la pratique de Lister, la compression par le catgut qui se résorbe et qui ne force pas à retoucher la plaie.

On peut ainsi empiler 8 à 10 mètres de catgut sans le moindre inconvénient, et M. Schwartz vient à l'appui de ce dire en citant une observation dans laquelle il tamponna ainsi, avec succès, le sinus longitudinal supérieur.

M. Chaput monte ensuite à la tribune et fait coup sur coup deux communications sur le *traitement des anus contre nature*. Il n'a pas le temps de finir la seconde, dont nous nous occuperons dans la prochaine séance; nous ne nous parlerons donc que de la première, qui n'est autre qu'un rapport sur une observation du docteur Mordret (du Mans).

Voici le résumé de cette observation : il s'agit d'une femme de 50 ans, à qui M. le docteur Gougaud a fait, il y a dix ans, un anus contre nature pour

une hernie crurale droite étranglée et gangrenée. Quelques mois plus tard. M. le docteur Gougaud appliqua l'entérotome et fit ensuite l'avivement et la suture de l'orifice sans succès.

Une seconde tentative, précédée également d'une application d'entérotome, échoua dans les mêmes conditions.

Au moment de l'examen de M. Mordret, la malade présentait, dans la région crurale droite, un orifice bordé de muqueuse, mesurant le diamètre d'une pièce de 2 francs.

Le doigt introduit a quelque peine à sentir les restes de l'éperon et à s'engager dans les deux bouts.

M. Mordret procède à l'opération le 4 décembre 1893.

La malade est anesthésiée à la cocaïne (solution à 1/100 en injections, à 1/20 pour les attouchements). Il exécute alors une incision circulaire à 4 centimètres de l'orifice ; il décolle la peau et libère l'intestin dans une étendue de 1 centimètre et demi. Il avive largement les bords de l'instestin, décolle la muqueuse, l'invagine en dedans et la fixe dans cette position par des sutures à la soie fine Il suture ensuite, face interne contre face interne, les musculeuses avivées ; un drain de sûreté est placé dans l'intestin à la partie externe ; la peau est suturée aux crins, et un autre drain est placé sous la peau à la partie interne. La malade est mise à la diète absolue pendant la première journée ; on lui administre aussi de l'opium. Pendant la nuit, on lui permet quelques gorgées d'eau. A partir du deuxième jour, alimentation lactée. Le sixième jour, calomel et lavements. Le dixième, ablation des fils.

Dès le lendemain, on trouvait dans le pansement quelques matières qui s'étaient écoulées par le drain externe et le drain interne était supprimé.

Le drain intestinal fut peu à peu diminué, puis supprimé au bout d'une quizaine de jour ; le trajet fistuleux, après quelques cautérisations au nitrate d'argent, se ferma complètement.

Cette observation est très intéressante, dit le rapporteur, et prouve, ainsi qu'il l'a avancé, que les anus cruraux sont plutôt justiciables de l'entéro-anastomose que des méthodes anciennes ; en effet, la difficulté de détruire l'éperon, les applications successives d'entérotome, les opérations répétées constituent de graves inconvénients qui ne vont pas sans risques considérables. « De fait, chez cette malade, on a fait deux applications d'entérotome et trois opérations réparatrices pour fermer la fistule et la malade a vécu dix ans avec son infirmité. Combien eût été plus avantageuse une entéro-anastomose qui l'eût guérie en une séance et sans plus de risques ! »

A propos de cette observation, M. Chaput indique en passant quelques légères modifications qu'il a fait subir à la technique de l'opération de l'abrasion.

Il conseille de libérer l'intestin, de la paroi dans l'étendue de 2 centimètres, de disséquer la muqueuse sur une hauteur de 1 centimètre, de la rabattre en dedans et de suturer ensemble ses bords par des sutures perforantes hémostatiques, au lieu des sutures non perforantes de Denonvilliers. Il réunit ensuite les musculeuses face à face avec des fils perforants, puis place un drain intestinal et, sur les conseils de M. Schwartz, ne fait pas de suture de la paroi ; mais bourre seulement la plaie à l'iodoforme.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

La colique pancréatique et l'atrophie calculeuse du pancréas

Les connaissances touchant la pathologie du pancréas sont encore des plus restreintes et, malgré les beaux travaux de M. Lancereaux et de ses élèves, on peut dire que si l'on devine dès maintenant l'importance qu'elles auront par la suite, leur étude, quant à présent, n'est guère qu'ébauchée. Aussi croyons-nous intéressant pour nos lecteurs de leur mettre sous les yeux un résumé de quelques travaux parus récemment sur cette question à l'étranger.

I

Le docteur Minnich (de Zurich), qui a eu l'occasion d'observer un cas de colique pancréatique, fait remarquer la rareté de cette affection — dans les recueils médicaux et jusqu'à présent, au moins, puisqu'il n'a pu en réunir que 50 cas — aussi bien que ce fait de la rareté du diagnostic de l'affection dans les cas où elle existait, ce qui tient, croit-il, à ce qu'on n'a pas tenu un compte suffisant de certains symptômes.

Dans son cas, il s'agissait d'un homme de 68 ans, ayant présenté de nombreuses attaques de coliques hépatiques typiques ayant cédé complètement depuis plusieurs années à un régime appropriée, quand, pendant l'été de 1893, il fut pris la nuit, subitement de douleurs présentant la plus grande analogie avec celles qu'il éprouvait antérieurement ; le lendemain, à la suite d'une promenade, il eut un nouvel accès qui dura trois heures. Aucun traitement ne fut suivi. Ce n'est qu'au mois de novembre suivant que les coliques reparurent à nouveau sous une forme atténuée, mais avec une sensation de tension et de ballonnement à la région gastrique survenant par moments. Le malade se plaignit d'oppression pendant une quinzaine de jours ; il perdit l'appétit et eut du dégoût pour les liquides. Un traitement par l'eau de Karlsbad resta sans résultat et les accidents durèrent pendant tout le mois ; ils étaient néanmoins supportables sans que jamais il y eut de véritable colique.

Vers la fin du mois, une diarrhée incolore assez abondante se montra, qui dura trois jours, et le 3 décembre un violent accès de douleur me fit appeler en consultation. Je trouvai l'état actuel que voici :

Homme de taille moyenne ; bonne nutrition ; facies exprimant la douleur. Il se plaint de douleurs intenses, qu'il compare à des crampes dans l'hypochondre gauche et l'épigastre; ces douleurs ont débuté vers 4 heures de l'après-midi et graduellement augmenté d'intensité. Il nous raconte ses antécédents hépatiques et croit être atteint d'un nouvel accès de ce genre. Il ne présente ni amaigrissement ni œdème ; les conjonctives sont légèrement jaunâtres ; la peau est sèche, de température normale, sans trace d'ictère ; mais elle est le siège d'une démangeaison intense et présente à la face interne du bras et de l'avant-bras un eczéma chronique. L'artère temporale est un peu sinueuse; pas d'autre signe d'artério-sclérose ; température 37°6, pouls 76 un peu irrégulier ; langue un peu chargée, sans fétidité de l'haleine. Corps thyroïde assez volumineux, causant une certaine gêne respiratoire; pas de crachat ; emphysème léger, peu de râles, bruits du cœur normaux.

L'abdomen n'est nullement amaigri, il se meut dans les mouvements respiratoires et ses parois sont assez peu douloureuses pour permettre une palpation profonde. Le foie n'est pas augmenté de volume ; on ne peut sentir de vésicule biliaire et on ne perçoit nulle part de frottement. La rate n'est pas perceptible à la palpation, de dimensions normales à la percussion.

L'épigastre n'est ni ballonné ni douloureux; peu de dilatation de l'estomac. Tout le reste de l'abdomen donne un son tympanique à la percussion et on ne trouve pas trace de liquide.

Les douleurs ont débuté, sourdes, dans l'hypochondre gauche et l'épigastre sous forme d'une sensation de pression, de constriction qui forcèrent le malade à faire des inspirations profondes, à se comprimer la région douloureuse, pendant qu'il se promenait d'une façon agitée dans sa chambre. Bientôt les douleurs devenaient plus fortes de façon à constituer de véritables paroxysmes et se localisèrent de plus en plus à un point précis situé dans la profondeur au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, en dedans de la ligne du mamelon. Au moment où ces douleurs atteignaient leur maximum elles s'irradiaient en outre vers la colonne vertébrale et l'épaule gauche. Lorsqu'elles diminuent elles se limitent au point précis dont nous venons de parler et qu'une pièce de 5 francs recouvrirait, nous dit le malade.

L'exploration par le palper ne donne rien qu'une sensation de douleur à la pression.

L'accès cessa subitement au bout de 2 heures et fit place à une sensation de bien-être accompagnée du désir de manger.

L'urine examinée à ce moment ne contient ni albumine, ni sucre, ni pigment biliaire.

A partir de ce moment, des accès plus ou moins semblables se renouvelèrent presque journellement, survenant habituellement le soir ou tard dans l'après-midi, durant tantôt peu de temps, tantôt toute la nuit et empêchant alors le malade de se coucher.

Le traitement institué fut le suivant : régime sévère; eau de Karlsbad sous la forme habituelle; opicum, chaleur locale, bains chauds; tout ceci ne donna pour le moment pas grand'chose.

Du 14 au 25 décembre, on examine journellement la totalité des selles sur le tamis sous un filet d'eau; leur coloration, forme et consistance sont normales; elles n'ont pas l'aspect brillant que donne la graisse et l'examen microscopique est impuissant à y révéler des cristaux d'acides gras. Jamais on n'y trouva de calculs biliaires, mais à plusieurs reprises des concrétions arrondies, d'un gris pâle et d'une nature particulière; le 14 décembre 4 de ces concrétions, chacune plus grosse qu'une lentille, de forme irrégulièrement arrondie avec ébauche de fontes sur un côté furent trouvées ; le 15 il y en avait 3 et des débris de formes et de dimensions variées ; le 17, après un accès spécialement douloureux, 3 du volume d'un noyau de cerise dont 2 arrondis et 1 un peu aplati. Pendant les 2 jours suivants, les excréments ne continrent plus que du sable et à partir de ce moment jusqu'à la fin du mois l'examen des selles ne put plus être pratiqué.

L'examen de ces concrétions montra qu'elles étaient constituées par une masse semi-molle, s'écrasant sous le doigt, mais sans se réduire en poudre, se fragmentant seulement alors. La surface est presque lisse, légèrement teintée en gris jaunâtre par les matières fécales. La surface de section est entièrement blanche, faiblement brillante et offre de la ressemblance avec celle d'un pépin de fruit. On ne peut reconnaître de stratifications avec un noyau central. Histologiquement, la masse qui compose le calcul paraît complètement amorphe; les calculs sont facilement dissous dans le chloroforme avec formation d'un trouble blanc. La combustion donne une fumée très odorante, il se forme un dépôt de vapeur d'eau à la partie supérieure du vase et au fond il reste une substance parfaitement blanche, qui offre toutes les réactions du phosphate et du carbonate de chaux.

Nous ne ferons que résumer la fin de cette longue observation. Après de nombreuses crises encore, plus ou moins intenses, l'attaque de lithiase prit fin le 27 janvier. Entre le 1er et le 11, ainsi qu'entre le 20 et le 28, on avait de nouveau, mais en vain, malgré les coliques fréquentes à ce moment, examiné les selles pour y chercher des calculs.

Le malade n'a aucunement changé d'aspect maintenant que son attaque est passée ;

il n'a pas maigri ; jamais il n'a eu d'élévation de température au moment de ses crises.

On voit, par la lecture de cette observation, que le diagnostic n'était guère difficile, comme le dit d'ailleurs Minnich lui-même.

L'auteur fait remarquer que la rétention pancréatique totale en cas de lithiase, ne peut se réaliser que dans trois cas :

1° Oblitération simultanée des deux canaux excréteurs par des calculs;

2° Oblitération calculeuse du canal de Wirsung pendant que le canal accessoire serait lui-même congénitalement oblitéré (ce qui a été vu plusieurs fois);

3° Enfin, calculs multiples touchant les conduits intra-glandulaires.

Une de ces deux premières conditions pourrait bien d'ici peu faire entrer la chirurgie du pancréas dans une voie plus intéressante, parce qu'elle serait plus utile que celle que lui offrent les épithéliomes kystiques de cet organe.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Des indications de la saignée générale dans l'insuffisance rénale

Quels que soient les poisons qui causent l'urémie, tout le monde est aujourd'hui d'accord pour admettre qu'il s'agit d'une intoxication. La saignée générale, en diminuant la quantité des substances toxiques circulant dans le sang, est donc une thérapeutique logique. Trop vantée autrefois, elle est aujourd'hui encore trop discréditée. Elle a cependant ses indications nettes.

Il faut d'abord poser en principe que cette thérapeutique violente, à action brusque et souvent momentanée, doit être réservée surtout aux accidents aigus. Il est certain que si l'on se met à saigner coup sur coup un vieil urémique, brightique reconnu de longue date, arrivé progressivement à la cachexie rénale avec ou sans hydropisies, on ne fait le plus souvent que hâter sa mort. La même remarque peut être faite pour ces cas de cachexies d'origine diverse, dans lesquels la lésion rénale, le gros rein blanc, n'est qu'un épiphénomène, une des façons de mourir du patient. Mais à côté de ces contre-indications formelles, l'urémie aiguë est presque toujours justiciable d'une saignée. Qu'ils éclatent à la suite d'une lésion aiguë du parenchyme rénal, néphrite scarlatineuse, néphrites aiguës, qu'ils surviennent à l'occasion d'une poussée aiguë au cours d'une affection rénale chronique, les accidents de l'insuffisance rénale sont toujours rapidement amendés par une phlébotomie abondante de 400 à 500 grammes de sang, au moins chez l'adulte.

Dans le premier cas, le malade peut guérir complètement. Dans le second, il est évident qu'on n'obtiendra qu'une rémission ; mais au cours des lésions rénales chroniques, on sait que ces rémissions peuvent être si longues qu'elles équivalent presque à des guérisons. La conservation de territoires sains dans le rein chroniquement enflammé, peuvent d'ailleurs expliquer ces faits.

Parmi les formes cliniques assez nombreuses de l'urémie, deux, surtout, fournissent les indications les plus formelles : la forme dyspnéique, la forme cérébrale. Les dyspnées violentes, sans grosse lésion appréciable à l'auscultation de la poitrine, rangées souvent à tort chez des brightiques méconnus sous l'étiquette d'asthme, de catarrhe suffocant, d'emphysème pulmonaire, sont très remarquablement dissipées par la saignée qui en est la médication en quelque sorte spécifique.

Certains vieillards polyuriques de longue date, à cœur un peu gros, avec ou sans albuminurie, sont pris, soit spontanément, soit à l'occasion d'une maladie aiguë, d'une grippe par exemple, de dyspnée que rien n'explique à l'auscultation ; les urines sont

diminuées ; l'application malencontreuse d'un vésicatoire sur le thorax, vient encore aggraver le mal en amenant une anurie presque complète. Ces accidents d'insuffisance rénale primitifs ou secondaires, dus à une maladie aiguë des portions encore saines du rein sénile, se trouvent également très amendés par la saignée. Il en est de même, bien entendu, des dyspnées violentes avec ou sans rythme respiratoires de cheyn tokes qu'on observe si fréquemment chez les individus atteints d'anasarque par suite de néphrite aiguë.

Les formes cérébrales, comateuse ou convulsive de l'urémie, constituent également une indication pressante de la saignée. Il est très fréquent dans les services de médecine de voir des brightiques tombés dans le coma d'emblée ou après une ou plusieurs attaques épileptiformes et qui ne pissaient presque plus, revenir à eux rapidement, en même temps que l'urine remonte au taux normal ou le dépasse.

FORMULAIRE

—

Emploi de l'aconit chez les enfants

(R. Blache)

M. Blache emploie volontiers l'alcoolature de racines d'aconit, à doses fractionnées et sans jamais atteindre les fortes doses. Il l'ordonne dans les affections catarrhales et spasmodiques (bronchites, coqueluche) de l'appareil respiratoire en association à la belladone, selon la formule suivante :

Alcoolature de racine d'aconit..	V à XV gouttes
Teinture de belladone..........	IV à X —
Sirop de Tolu	10 grammes
Eau distillée..................	120 —

Dose : une cuillerée à café d'heure en heure.

Dans les cardiopathies, il l'associe à la digitale dont, par ses effets dépressifs, l'aconit tempère l'action trop énergique.

Alcoolature de racine d'aconit...	V à XV gouttes
Teinture de digitale............	VI à XII —
Sirop de codéine..........	12 grammes
Julep gommeux................	120 —

Dose : une cuillerée à café d'heure en heure.

Au titre de sédatif, il conseille l'alcoolature d'aconit dans les fièvres éruptives contre l'hyperthermie et dans les affections douloureuses, comme anesthésique :

Alcoolature de racine d'aconit...	V à XV gouttes
Cognac......................	10 à 30 grammes
Julep gommeux...............	120 grammes

Dose : une cuillerée à café toutes les vingt minutes.

BIBLIOTHÈQUE

—

Thérapeutique du diabète sucré

par L. Dreyfus-Brisac. — Paris, O. Doin, 1894

L'idée maîtresse du travail de M. Dreyfus-Brisac est celle-ci : le diabète sucré est non une maladie, mais un syndrôme qui revêt des physionomies cliniques fort différentes, suivant les conditions dans lesquelles il se produit. « A chacune de ces modalités correspondent des indications thérapeutiques spéciales qu'il importe de préciser pour pouvoir les remplir avec succès. »

Il y a lieu d'admettre :

1° Un diabète constitutionnel arthritique, *modalité diabétique de l'arthritisme*, dont le début est généralement insidieux, qui évolue lentement, peut même guérir et en tout cas présenter des rémissions plus ou moins prolongées ;

2° Un *diabète pseudo-arthritique accidentel*, causé par un état dyscrasique passager s'atténuant rapidement sous l'influence d'un traitement approprié et disparaissant habituellement avec l'état dyscrasique qui lui a donné naissance ;

3° Un *diabète nerveux* dont la symptomatologie et la marche sont très variables ;

4° Un *diabète progressif malin* lié souvent, mais non toujours, à des lésions pancréatiques et aboutissant plus ou moins vite à la terminaison fatale quelle que soit la thérapeutique suivie.

Le traitement du diabète constitutionnel arthritique varie selon les cas. Si la diète d'épreuve n'aboutit qu'à réduire le sucre à un certain taux (30 à 80 gr. par jour) sans le faire disparaître, quelques autres symptômes de la maladie persistant en même temps, on doit, tout en continuant à prescrire le régime anti diabétique dans ses grandes lignes, se départir d'un régime qui n'aboutirait qu'à fatiguer le malade sans améliorer son état ; on tolèrera donc un peu de pain, certains fruits, etc. L'exercice, les frictions, le massage, etc., sont très indiqués. L'opium, les alcalins, l'arsenic sont les médicaments auxquels on doit avoir recours et la préséance appartient à la médication alcaline, à la fois antidiabétique et antiarthritique. Les formes légères du diabète arthritique sont fréquentes et c'est alors la diathèse arthritique qu'il faut combattre avant tout.

Dans le diabète pseudo-arthritique accidentel (surmenage, ménopause, etc.) l'indication majeure est de combattre l'anthème nerveux et la déchéance des forces par la médication alcalino-arsénicale, les mercures et les reconstituants.

—

La Nouvelle Législation médicale, commentaire et texte de la loi du 30 novembre 1892, et des lois, décrets et règlements s'y rattachant : docteurs, officiers de santé, dentistes, sages-femmes, étudiants français et étrangers, par MM. Lechopié, avocat à la Cour de Paris, et le Dr Floquet, licencié en droit, médecin du Palais de Justice de Paris et du Tribunal de commerce, *auteurs du Code des Médecins*. Préface de M. le Dr Cornil, sénateur, président de la Commission du Sénat, rapporteur de la loi de 1892, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-12, de 364 pages. Masson 1894.

Ce livre se divise en deux parties distinctes : la première, renfermant le commentaire développé, article par article, de la loi du 30 novembre 1892 et des décrets et règlements qui s'y rattachent, avec l'analyse méthodique et très complète des importants travaux préparatoires et référence à la législation, à la jurisprudence et à la doctrine antérieures; la seconde contenant les textes, avec notes, des décrets, arrêtés, circulaires et instructions relatifs à l'exercice et à l'enseignement de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, tous documents encore peu connus des intéressés eux-mêmes et que le praticien ne peut, sans péril, se dispenser d'avoir à tout instant sous la main.

COURRIER

Académie des sciences. — Avant-hier, 3 juin, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine en remplacement de M. Brown-Séquard, décédé. M. d'Arsonval, professeur suppléant au Collège de France, a été nommé par 31 suffrages contre 23 donnés à M. Ollier, 5 à M. Dastre, 3 à M. Richet et 1 à M. F. Franck.

Concours du prosectorat. La 1re séance a eu lieu le 28 mai à midi. Juges : MM. Guyon, Duval, Farabeuf, Richet, Le Dentu.

Candidats : Genouville, Glantenay, Bouglé, Delbet.

Sujet de la composition : Iris, anatomie, physiologie, iritis.

Epreuve orale : Anatomie descriptive de la rate.

Faculté de médecine : Concours de l'adjuvat. — Le concours de l'adjuvat a terminé ses séances le mardi 29 mai, par la nomination de MM. Robineau, Marion, Baudet, Baraduc, Savariaud.

MM. Courtillier et Bois ont été nommés provisoires.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris a désigné, dans sa séance du 9 mai, M. le docteur Billon, ancien président de la Société, comme son délégué au Congrès national d'assistance publique à Lyon.

Les médecins des bureaux de bienfaisance de Lyon se sont empressés de se mettre en rapport avec notre distingué confrère et, afin de faciliter l'accomplissement de sa mission, ils se sont mis à sa disposition de la manière la plus confraternelle.

De plus, ils ont décidé, à l'unanimité, d'offrir un banquet au représentant de la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

— Dans sa réunion du 26 mai dernier, la Conférence du stage des avocats à la Cour de cassation a discuté la question suivante :

Les révélations faites par un médecin dans le but de détruire des suppositions fâcheuses sur la nature de la maladie dont est mort son client échappent-elles à la sanction de l'article 378 du Code pénal?

La Conférence a adopté la négative. (*Semaine médicale.*)

Le ministre des travaux publics a adressé à l'Académie une lettre demandant la rédaction d'instructions sur les soins à donner en cas de foudroiement par l'électricité industrielle. (Commission : MM. Bouchard, d'Arsonval, Gariel et Laborde.)

— *La Société médicale des hôpitaux* réunie en comité secret à l'issue de la séance de vendredi, a voté à l'unanimité un vœu réclamant le maintien du service de l'hôpital des Enfants Malades laissé vacant par la mort de M. Ollivier et que M. Peyron se propose de supprimer.

— Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter le projet de travaux à exécuter à l'hôpital de Berck-sur-Mer pour la construction d'un lazaret. La dépense, qui s'élève à 145,623 francs, comporte la construction de bâtiments pour le service des filles et des garçons et d'un dortoir de 20 lits.

— M. Henri Joly est chargé par la direction de l'Assistance publique d'aller étudier en Angleterre, les mesures prises en faveur des enfants maltraités, abandonnés.

— Il est question de la création, à Saint-Pétersbourg, d'une école de médecine pour femmes. La somme nécessaire est estimée à 60,000 roubles par an. Il manque encore 20,000 roubles pour compléter la dotation. La ville de Saint-Pétersbourg a promis une subvention de 15,000 roubles ; le reste est fourni par des souscriptions privées. L'Etat complètera-t-il la somme ?

Le conseil municipal a donné le terrain pour la construction des bâtiments, et les hôpitaux ont promis d'ouvrir leurs services aux étudiantes.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le choléra. — La convention internationale adoptée par la conférence de Paris. — L'alcoolisme en 1894. — L'infection de la Bièvre

Nous espérions en avoir fini pour quelque temps avec les épidémies; mais le choléra nous force encore à parler de lui. On sait qu'il a reparu en Russie, qu'il continue à régner à Constantinople; mais il sommeille à Lisbonne en attendant que les craintes de M. Montaldo se réalisent ou ne se réalisent pas. Il paraît également s'être éteint dans le Finistère ; mais il est survenu à la fin du mois dernier, dans Paris, quelques cas suspects dont les journaux politiques ont fait grand bruit et qui ont ému l'opinion publique surtout en province. Vendredi dernier, il en a été question au Comité d'hygiène et de salubrité de la Seine. M. Proust a rendu compte des faits qui se sont produits, en les ramenant à leurs justes proportions.

Du 21 au 28 mai, il est entré à l'hôpital Necker, dans le pavillon spécial réservé aux cholériques, 5 malades, dont 3 provenaient du dehors, et dont 2 avaient été évacués l'un de l'Hôtel-Dieu, l'autre de Beaujon. De ces 5 malades 2 ont guéri et 3 ont succombé. Le premier décès a eu lieu le 23 mai et le dernier le 28. Sur ces 3 décès l'un a été causé par une scarlatine maligne survenue chez la servante d'un de nos confrères ; un autre malade est mort dans le délire, avec une fièvre intense et sans présenter les caractères du choléra. Le troisième, au contraire, a offert tous les signes de cette maladie; mais l'enquête à laquelle on s'est livré a prouvé que la malade, car c'était une femme, avait bu abondamment de l'eau d'un puits voisin d'une fosse d'aisances et d'un canal conduisant au dehors le purin d'une écurie. Les deux malades qui ont guéri ont offert également les symptômes caractéristiques du choléra (diarrhées, vomissements, crampes, etc.), mais le docteur Netter, chargé de l'examen bactériologique de leurs déjections, n'y a pas trouvé le bacille virgule.

En somme, sur ces cinq cas, deux n'appartiennent pas au choléra et les autres sont de la même nature que les affections cholériformes qu'on observe tous les ans à l'époque des grandes chaleurs. En résumé, le préfet de police, dans les déclarations qu'il délivre aux négociants qui expédient des marchandises à l'étranger, affirme nettement qu'il n'y a pas de choléra dans Paris.

Si l'administration n'a pas eu de renseignements plus précis sur les trois malades qui ont succombé, c'est qu'on les a enterrés sans qu'on ait eu le temps de faire l'autopsie et M. Proust a témoigné le désir qu'une entente s'établisse entre la préfecture de police et l'Assistance publique, pour qu'on laisse aux médecins inspecteurs le temps de pratiquer les autopsies.

Il n'y a pas lieu, comme on le voit, de s'alarmer le moins du monde. Ce n'est pas de cette façon que naissent les épidémies. On a le temps de les

voir venir. Nous avons déjà trop souvent parlé de la route qu'elles suivent et de la façon dont elles marchent pour y insister aujourd'hui ; mais nous ne pouvons pas passer sous silence le document sanitaire important que le gouvernement vient de livrer à la publicité.

C'est le texte de la Convention sanitaire internationale concernant les mesures prophylactiques à prescrire aux pèlerins se rendant au Hedjaz, ainsi que la surveillance sanitaire dans la Mer-Rouge et le golfe Persique, adoptée par la Conférence de Paris. Pendant le cours des séances de ce Congrès, nous avons indiqué quelles étaient les bases sur lesquelles les plénipotentiaires des puissances contractantes s'étaient mis d'accord (1).

La plupart d'entre eux, au moment de la signature, on fait leurs réserves sur quelques articles en particulier ; mais la convention n'en a pas moins été acceptée dans son ensemble. On se souvient que les trois points sur lesquels elle devait porter étaient les suivants :

1° Visite des pèlerins et inspection des navires dans les ports d'où ils partent ;

2° Visite sanitaire au lazaret de Camaran ;

3° Inspection à Djebel-Tor, après le pèlerinage, des navires et des passagers qui devront y être retenus, quand ils auront le choléra à leur bord.

La convention que nous avons sous les yeux fixe avec les plus grands détails toutes les mesures à prendre pour assurer l'exécution de ces conditions fondamentales.

Les pèlerins seront visités rigoureusement, avant d'embarquer, par un médecin délégué de l'autorité publique. Tout objet contaminé ou suspect devra être désinfecté à l'étuve. Lorsqu'il existera des cas de choléra dans le port, les pèlerins ne seront embarqué qu'après une observation de cinq jours. Ils devront prouver avant de partir qu'ils ont les ressources nécessaires pour faire le pèlerinage.

Les navires à vapeur seront seuls admis à transporter des pèlerins. L'autorité compétente ne permettra leur départ qu'après s'être assurée que le navire est en état de faire la traversée, qu'il est bien aménagé, bien équipé, bien aéré, qu'il a été nettoyé à fond et désinfecté au besoin, qu'il possède un nombre suffisant d'embarcations, qu'il a des vivres de bonne qualité, du charbon en quantité suffisante, de bonne eau potable, un appareil distillatoire et une étuve à désinfection, qu'il est pourvu de médicaments et qu'il a un médecin à bord. Il doit en prendre un second s'il a plus de mille passagers. Une patente de santé sera délivrée au départ. Le médecin doit veiller pendant la traversée à ce que les règles d'hygiène soient rigoureusement suivies.

Tous les navires à pèlerins devront faire escale à la station sanitaire de Camaran. S'ils sont reconnus indemnes, ils seront mis en libre pratique après que les pèlerins auront été débarqués, auront pris un bain-douche, que leur linge sale aura été lavé et leurs vêtements désinfectés. Les navires suspects seront soumis au même traitement ; mais ils devront, de plus, subir une nouvelle visite à Djeddah et, s'il y a eu à bord des accidents cholériformes, ils seront renvoyés à Camaran. Les navires infectés seront retenus dans l'île. Les passagers seront débarqués, les malades envoyés à l'hôpital et isolés, leurs effets désinfectés ainsi que les navires qui ne repar-

(1) Voyez *Union médicale*, numéros des 20 février, 20 mars et 3 avril 1894.

tiront qu'après le temps voulu pour que toute trace de choléra ait disparu.

L'île de Camaran sera évacuée par ses habitants et transformée en un grand lazaret avec calles de débarquement, voies ferrées, pavillons d'isolement, bâtiments d'administration, hôpitaux spéciaux pour les deux sexes et pour les diverses catégories de malades, avec des étuves, des pulvérisateurs, des machines à distiller l'eau de mer, des laboratoires bactériologiques, etc.

Des établissements analogues, mais de moindre importance, seront créés à Abou-Saad, à Vasta, à Abou-Ali, à Djeddah et à Yambo.

La station de Djebel-Tor sera réorganisée d'après les mêmes principes et un grand établissement semblable à celui de Camaran y sera installé. Les navires des trois catégories y seront soumis aux mêmes mesures qu'à Camaran.

On voit avec quel soin minutieux toutes ces précautions ont été formulées ; mais il s'écoulera bien du temps avant qu'elles puissent être mises à exécution. La création dans la mer Rouge, de deux lazarets de l'importance de ceux de Camaran et de Djebel-Tor ne s'accomplira pas en un an ; elle entraînera des frais de première installation considérables, des dépenses d'entretien pour le personnel et le matériel, qui ne le seront pas moins, et pour lesquelles il faudra créer des ressources nouvelles. La conférence n'en a pas moins fait une œuvre utile et dont les hygiénistes doivent lui être reconnaissants.

— L'administration vient de faire connaître le résultat de la fabrication des alcools en 1893 et le résultat est effrayant. La production totale s'est élevée à 2,476,387 hectolitres d'alcool pur, c'est-à-dire à 100 degrés. L'augmentation sur l'année 1892 est de 213,308 hectolitres, et, dans ce nombre, il n'y a que 71,987 hectolitres qui proviennent de la distillation du vin. Tout le reste vient des mélasses (896,572 hect.), de la betterave (861,099 hect.), des substances féculentes (457,877 hect.), des cidres, poirés, marcs, lies, fruits et substances diverses (100,000 hect. environ). Or, comme presque tout cet alcool est consommé en France, que l'exportation et l'importation se compensent à peu près, la population française aura cette année 6 lit. 45 d'alcool à consommer par tête ; ce qui nous rapproche peu à peu des nations du Nord. D'une autre part, le prix de l'alcool, contrairement à celui des autres denrées, va toujours en s'abaissant. Il était de 54 francs en 1890, de 46 fr. en 1892, il n'est plus que de 41 francs cette année. Comme l'eau-de-vie qui se consomme dans les débits est un mélange à parties à peu près égales d'alcool et d'eau coloré avec du caramel, le litre d'eau-de-vie vaut un peu moins de vingt cinq centimes. Il y a donc urgence à élever l'impôt, puisque la valeur de la denrée diminue et surtout il faut supprimer le privilège des bouilleurs de cru qui devient de plus en plus scandaleux. Leur nombre a doublé. Il était de 267,954 en 1892, il s'est élevé à 450,407 en 1893. La fraude, que ce privilège alimente, a dû s'accroître dans la même proportion et, comme la quantité d'alcool qu'elle introduit dans la consommation est à peu près égale à celle qui acquitte les droits, on voit en présence de quel stock d'alcool nous nous trouvons cette année.

De plus, par une coïncidence dont on ne peut pourtant pas se plaindre, la récolte des vins a été excellente l'année dernière. Elle s'est élevée pour la France continentale à 50,069,770 hectolitres, en augmentation de 21 mil-

lions d'hectolitres sur la moyenne des années précédentes qui était de 28,870,000 hectolitres. La production a par conséquent presque doublé. Celle des vins de raisin sec a diminué ainsi que l'importation des vins étrangers. La récolte des cidres est plus abondante encore toute proportion gardée. On en a fabriqué 31,608,565 hectolitres, chiffre qui dépasse de 16 millions celui de l'année dernière et de 19 millions la production moyenne des dix dernières années.

Tout cela est sans doute fort avantageux au point de vue de la richesse du pays; mais, comme on le voit, il y a en perspective de beaux jours pour l'alcoolisme et nous sommes menacés de voir cet horrible vice augmenter encore ses ravages cette année, si les pouvoirs publics ne se décident pas à y mettre un frein. Nous avons si souvent traité ce sujet dans ce journal, nous avons tant de fois mis sous les yeux du lecteur les conséquences fatales, le bilan effrayant de ce fléau des sociétés modernes, que nous ne voulons pas y revenir. Il est pourtant deux questions sur lesquelles on ne devrait jamais se lasser d'insister tant elles sont vitales pour l'avenir du pays. C'est celle de l'alcoolisme et celle de la dépopulation de la France. Elles se touchent par tant de points qu'elles semblent se confondre ; elles ont encore cela de commun, c'est le peu d'intérêt qu'elles inspirent et l'indifférence apathique ou résignée avec laquelle l'envisagent les hommes qui ont en main les destinées de la nation.

— L'infection des cours d'eau est la préoccupation constante des hygiénistes. On ne sait que faire des eaux polluées par les usines. Il ne s'agit pas seulement de matières organiques qu'on peut à la rigueur faire absorber par le sol ou qui s'oxydent à la longue dans les eaux qui les charrient ; les usines déversent dans les rivières des substances minérales qui se déposent sur leur lit qu'elles encombrent et dont elles arrrêtent parfois le cours ainsi que cela se voit souvent en Angleterre. Il s'en échappe de plus des gaz qui empestent l'atmosphère et rendent le voisinage inhabitable.

C'est ce qui se produit en ce moment sur les bords de la Bièvre et les riverains ont adressé au Conseil municipal une pétition qui a été déposée sur le bureau par M. Rousselle, à la séance du 28 mai (1). Ils se plaignent de l'infection de leur petite rivière. Ses eaux sont tellement polluées que les ouvriers ne peuvent plus travailler sur ses bords, que les peaux sont brûlées par les substances qu'elles tiennent en suspension, et que le quartier du Jardin des Plantes devient inhabitable par les odeurs nauséabondes qui s'y répandent. La pétition a été renvoyée à l'Administration qui est invitée à rechercher qu'elles sont les usines qui empoisonnent ainsi le cours de la Bièvre et à faire couvrir la rivière.

Le préfet de police a reçu, de son côté, sur le même sujet, une pétition de M. Figer, délégué cantonal du XIII[e] arrondissement et d'un certain nombre d'habitants du quartier de la Glacière Il a chargé M. Schutzenberger de faire une enquête et ce dernier a donné lecture de son rapport au Conseil d'hygiène et de salubrité, vendredi dernier.

M. Schutzenberger a reconnu que l'infection de la Bièvre est très réelle, mais qu'elle tient à une cause passagère. On répare en ce moment l'égout départemental, et, à l'entrée dans Paris, on a détourné ses eaux pour les déverser dans la Bièvre, ce qui ajoute à la contamination habituelle de cette rivière.

(1) *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris.*

L'auteur du rapport conclut que le seul remède à cet état de choses, c'est de se hâter d'achever la réparation de l'égout, afin de pouvoir le rendre à sa destination.

Jules ROCHARD.

Discussion sur le traitement des suppurations pelviennes à la Société médicale de Berlin

Dans une de ses dernières séances, la Société médicale de Berlin a entendu une communication de M. LÉOPOLD LANDAU sur le traitement des suppurations pelviennes. Elle a d'autant plus d'intérêt qu'il est le seul, pour ainsi dire à soutenir l'hystérectomie vaginale qui, soit dit en passant, est devenue la *méthode de Landau* parmi les chirurgiens allemands, quoique Gottschalk, dans cette même discussion, ait fait remarquer qu'entre le procédé appelé par Landau opération vaginale radicale et celui né en France et adopté en Belgique il n'y avait aucune différence.

Voici les principaux points de la communication de Landau.

Ce chirurgien pose en principe qu'il faut toujours donner issue au pus par des méthodes simples et conservatrices. L'incision se place donc en première ligne. Elle est indiquée pour les foyers solitaires non compliqués, que l'abcès soit intra ou extrapéritonéal. L'incision doit porter suivant le siège sur le vagin ou sur la paroi abdominale.

L'auteur fait l'incision abdominale au-dessus du ligament de Poupart, en un seul temps lorque la matité est absolue, en deux temps lorsqu'on suppose une anse intestinale interposée. L'incision est conduite comme pour la ligature de l'artère iliaque. Landau, depuis plusieurs années, a recommandé la ponction exploratrice vaginale dans un grand nombre de cas d'abcès qui peuvent en imposer pour les indurations du corps fibreux. Cette ponction prépare l'incision avec un instrument tranchant construit par son assistant le docteur Vogel. Dans tous les cas, Landau opère par le vagin en un seul temps. On peut guérir ainsi tous les abcès du bassin, même le pyosalpinx uniloculaire qui peut cependant récidiver dans la suite. L'incision simple donne des résultats qui permettent de l'employer dans les abcès multiples avec beaucoup de chances de guérison.

Cette incision vaginale ne suffit pas souvent, alors il faut avoir recours à la laparotomie suivie de l'ablation des parois de l'abcès et de son contenu.

Landau donne l'histoire de 14 cas de laparotomie pratiquée pour les maladies suppuratives de la trompe avec 28 pour 100 de mortalité. Ce résultat, bon en définitive, concorde avec celui d'autres opérateurs (Chrobak, Schauta, Zweifel, etc.)

Malheureusement, les résultats ne sont pas toujours durables. Les guérisons définitives dans les statistiques de Chrobak, Schauta et Landau ne surviennent que dans 60 à 80 pour 100 des cas. On en trouve les causes dans plusieurs circonstances :

1° Dans les inconvénients de la laparotomie : hernies, adhérences de l'intestin et de l'épiploon avec la cicatrice, etc.)

2° Dans les récidives de la suppuration par suite de l'impossibilité d'enlever complètement les germes pyogènes de l'utérus ou des restes des trompes;

3° Dans la nature purulente de l'affection (abcès de la paroi, infection péritonitique pendant l'opération, etc.

C'est pour éviter ces inconvénients qu'on doit avoir recours à l'hystérectomie vaginale.

Il rappelle les premières tentatives heureuses faites en France par Péan, Segond,

Richelot, et donne sa statistique. Depuis le mois de mai 1893, il a pratiqué 26 hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes.

L'orateur cependant se sépare des auteurs français susnommés sur deux points essentiels et élargit leur procédé, d'abord au point de vue technique, puis au point de vue des indications. Il ne s'est jamais contenté d'extirper seulement l'utérus en laissant les annexes malades, mais a toujours enlevé les trompes suppurées, les ovaires, les membranes d'abcès par la voie vaginale. Là même où il ne peut pas enlever par le vagin tout ce qui est malade, il procède à la laparotomie.

En outre, il n'a employé cette méthode que chez les femmes atteintes non seulement d'affection inflammatoire double, mais d'abcès compliqués du bassin et, pour Landau, les abcès compliqués sont ceux dans lesquels, outre le pyosalpinx ou l'abcès ovarien double, il existe des abcès intra ou extra-péritonéaux multiples périsalpingitiques. Ce sont des cas dans lesquels l'incision vaginale ou abdominale est impuissante. Landau a soumis 26 cas (aujourd'hui 28) d'abcès compliqués du bassin à l'opération vaginale radicale.

Dans toutes ces opérations, il s'agissait de collections multiples d'un pus épais, fétide; dans quelques cas il y avait communication fistuleuse avec la vessie ou l'intestin ; les malades, en outre, étaient impotentes depuis plusieurs années. Dans un petit nombre de cas, les adhérences avec le gros intestin étaient si intimes, surtout au niveau de l'S iliaque et de la vessie, ou l'abcès avait atteint si profondément la paroi de ces organes, qu'on n'aurait pu enlever les parties malades qu'en produisant des solutions de continuité dans ces organes.

Landau a dû fermer deux fois la fistule vésicale produite une fois par le vagin, une seconde fois par la laparotomie ; une large résection circulaire a pu guérir des lésions de l'S iliaque.

L'auteur donne le résumé de ses observations qui comprennent encore 7 autres cas d'inflammation grave, non suppurative, double des annexes, traités par l'opération vaginale. Les 28 cas d'abcès compliqués du bassin ont été guéris par l'opération.

La discussion s'engage par l'intervention de MM. Veit, Kœrte, Mackenrodt, Gottschalk et Duhrssen, et, il faut le dire, sauf ce dernier, aucun des chirurgiens allemands n'accepte l'hystérectomie et il s'appuie sur des raisons déjà données depuis longtemps en France par ses adversaires, qui sont la blessure de la vessie et de l'intestin, la suppression inutile de tous les organes génitaux, la non-préservation de la cavité abdominale contre le pus, ce qui expose à une infection.

La laparotomie et l'incision vaginale postérieure se disputent donc le traitement des suppurations pelviennes d'origine génitale et l'incision vaginale paraîtrait même gagner du terrain. Elle est, en tous cas, beaucoup plus pratiquée en Allemagne qu'en France.

MÉDECINE NAVALE

De l'antisepsie chirurgicale pendant le combat à bord

« Ce serait s'exposer à de multiples déceptions que de compter faire, en chirurgie de guerre, l'application intégrale de la méthode antiseptique, telle qu'elle est pratiquée dans nos grandes cliniques, et d'estimer, par conséquent, que sur ce point les règles classiques conviennent et suffisent. »

C'est par ces lignes que débute le mémoire du professeur Forgue, de Montpellier, mémoire qui a obtenu le prix de chirurgie militaire en 1893 et que les archives de

médecine et de pharmacie militaires ont publié daus leur fascicule de mai 1891. On ne saurait mieux dire et la vérité du principe si heureusement formulé ressort avec tant d'évidence de la lecture du travail, qu'on est tenté de se demander s'il est vrai que personne ait jamais songé à la mettre en doute. Rien n'était plus utile, cependant, que de l'affirmer hautement dans une phrase et en une place qui frappent. On est trop porté, dans le monde médical même et, à plus forte raison, dans les milieux extra-scientifiques, à croire que le problème de l'antisepsie du combat est résolu définitivement par l'emploi des objets de pansement phéniqués, bi-chlorurés ou iodoformés. Ce n'est là que le petit côté de la question et l'étude du professeur Forgues fait bien toucher du doigt les mille difficultés où se heurtera, dans la pratique, la réalisation d'une antisepsie efficace. S'il en est ainsi pour la chirurgie militaire, que sera-ce quand il s'agira de la chirurgie navale? Nous allons essayer de le montrer pour faire ressortir l'urgence qu'il y a à modifier de fond en comble, dans le sens indiqué par nos confrères de la marine, les conditions où ils se trouveraient placés pendant une lutte sur mer.

I

Il y a, à bord comme à terre, deux phases à considérer entre le moment où l'homme st blessé et celui où il est pansé. La première constitue ce qu'on appelle le transport du point de chute au poste du chirurgien. Ce transport, sur un bâtiment, s'effectue à travers une série de passages plus ou moins compliqués, plus ou moins étroits où le blessé change souvent de mains et d'appareil de support. L'endroit où il est frappé c'est le pont ou les batteries du navire, tous lieux encombrés et malpropres pendant un combat. Plus qu'ailleurs les brancards auront leurs hampes salies, les vêtements seront souillés, l'équipement sera suspect, les mains des brancardiers seront infectées. Plus qu'ailleurs, aussi, le temps et l'eau feront défaut pour opérer sur place la stérilisation de toutes ces souillures. Or, s'il est vrai, comme l'a dit avec raison Wolkmann, que *le premier pansement tranche le sort du malade et décide de la marche de la plaie,* on comprend combien il est important, sur les bâtiments, de demander aux brancardiers un « service de porteurs rapides et non de panseurs. » Sauvegarder la plaie contre « la souillure initiale d'un pansement incorrect » est une règle qui doit être plus rigoureuse encore dans la marine que dans l'armée. Il existe pourtant, dans la chirurgie navale, une tendance fâcheuse et déjà consacrée par des dispositions officielles à panser les blessés sur place avant de les diriger sur le poste. Un médecin en sous ordre serait exclusivement chargé, pendant l'action, de se porter sur tous les points où les combattants seraient atteints pour diriger ou pratiquer lui-même ces pansements. Des coffres de pansements seraient disposés à cet effet en diverses parties du navire. Ce n'est là qu'une séduisante erreur à laquelle plusieurs bons esprits se sont laissé prendre. En se plaçant au point de vue de l'antisepsie, c'est-à-dire de l'intérêt, bien entendu, des blessés, elle apparaît comme une faute grave, lourde de conséquences fâcheuses, contre laquelle il importe de prémunir à la fois nos confrères et les chefs militaires de la flotte. La peine et le dévouement qu'un médecin déploierait à faire cette inutile besogne, il en trouvera un plus précieux et plus bienfaisant emploi en concourant aux interventions qui s'exécuteront aux postes des blessés, une fois que ceux-ci y auront été apportés.

Ramasser l'homme qui tombe, le boucler le plus rapidement possible sur le cadre ou dans le hamac, et le descendre a la cale sans avoir porté les mains sur la plaie, nous paraît être la plus sûre conduite à tenir pour éviter d'augmenter les souillures et les inoculations septiques.

Nous ne faisons pas d'exception même pour les cas d'hémorrhagie grave, parce qu'alors surtout l'émotion de brancardiers inexprimentés, perdant la tête à la vue du sang coulant en abondance, sera le plus grand obstacle à l'application précise et tranquille d'une

hémostase aseptique. Que le membre soit vite étreint à sa racine, par dessus les vêtements, avec un garrot improvisé, c'est tout ce qu'il faut demander, parce que c'est tout ce qu'il faut désirer. Les grands fracas osseux ne sauraient, à plus forte raison, justifier l'application sur place des soins chirurgicaux, dans les conditions les plus incommodes et les plus déplorables. Quant aux blessures relativement légères, plaies et sétons des parties molles, plaies par armes blanches n'intéressant que la superficie des tissus, il semble qu'elles devraient constituer *a priori*, la véritable besogne du brancardier. Une compresse de gaze stérilisée, une lame de coton et quelques tours de bande sont promptement appliqués. Ce n'en est pas moins une perte de temps qui devient considérable par la multiplicité des lésions de ce genre en face desquelles on peut se trouver. Et il ne faut pas oublier, comme le dit si justement le professeur de Montpellier, que les secours les plus rapides reviennent de droit aux blessés les plus gravements atteints et que ce serait perdre des moments précieux que de s'attarder à de menus pansements quand de grands blessés sont là que peut tuer un retard dans les soins et le transport.

En résumé, le moyen le plus sûr de ne pas faire d'antisepsie à rebours pendant une bataille sur mer, c'est de n'en pas risquer le simulacre durant les quelques minutes qui s'écoulent entre l'instant où l'homme est atteint et celui où il arrive au poste des chirurgiens ; c'est de confiner les brancardiers dans leur rôle de porteurs et de ne pas disséminer un personnel médical restreint dont la réunion dans le point désigné pour pratiquer les pansements et les opérations permettra seule de réaliser là l'antisepsie la moins défectueuse possible.

II

Il ne faudrait pas, en effet, se bercer de l'illusion que, même aux postes de blessés, qui représentent à la fois le poste de secours et l'ambulance de l'unité de combat navale, il sera possible de faire une asepsie régulière. Dans ces locaux sans air, sans lumière, sans espace, à température élevée, où la sueur dégouttera des fronts et des doigts des opérateurs, où les hommes et le matériel seront entassés dans un pèle-mèle indescriptible, où le calme et le sang-froid apparents seront possibles, mais où la tranquillité de l'âme et le repos de l'esprit ne sauraient se rencontrer, car les circonstances où médecins et blessés seront placés, sont vraiment épouvantables, — vacarme et trépidations de toute nature, ignorance des phases de la lutte, danger incessant de submersion ou d'incendie, — dans ces locaux, dis-je, l'observation stricte des règles et des détails minutieux de l'antisepsie comme on sait la faire aujourd'hui, doit être regardée comme une impossibilité.

Les moyens matériels d'y arriver, seront même insuffisants. Le feu et l'eau bouillante qui suffisent mais qui sont nécessaires à l'asepsie, sont les deux premières choses qu'on n'aura pas. La sécurité même d'un bâtiment s'oppose à ce qu'on y allume du feu dans les endroits qui ne sont pas spécialement aménagés pour cet usage, et la quantité d'eau distillée ou non — la première n'offrant pas à bord beaucoup plus de garanties que la seconde — dont on pourra disposer sera forcément au-dessous des besoins. Il sera indispensable de ne compter sur d'autres ressources que celles des substances antiseptiques. Or, on sait combien, réduit à ce seul moyen d'action, on peut éprouver de mécomptes.

D'autre part, le nombre des blessés sera considérable ; on sera débordé de besogne et le temps manquera. D'où la nécessité impérieuse de faire vite. Les nettoyages longs et compliqués des parties atteintes ne seront guère de mise, l'eau et les heures faisant défaut pour cela. Le brossage soigné des mains de l'opérateur et de ses aides, seront réduits à leur plus simple expression. Il en sera de même de la stérilisation des instruments et d'une partie des objets de pansement.

Si les circonstances sont défectueuses, il faut que les médecins redoublent encore de zèle, de soins, et de méthode pour en tirer le meilleur parti. La première des conditions pour cela, c'est que le personnel chirurgical soit au complet dans le poste et qu'on n'en distraie personne pour un service secondaire comme le relevage et le transport des blessés. Il faut, qu'une fois sur la table de l'opération le patient ne soit plus touché que par des médecins. Jamais, si attentif qu'on y soit, les infirmiers appelés à coopérer, ne sauront conserver la pureté de leurs doigts et les garder de tout contact suspect ; les médecins eux-mêmes, dans ces compartiments sombres et encombrés, auront la plus grande peine à y réussir. Une exacte répartition des rôles, des consignes nettes et claires, l'attribution des mêmes fonctions aux mêmes aides pendant toute la durée du service, aideront mieux que tout à obtenir ce résultat.

Les infirmiers seuls déshabilleront et manipuleront les blessés, seuls ils les coucheront sur la table et les recoucheront sur leurs matelas. Le médecin-major et ses aides immédiats se réserveront pour l'opération et le pansement proprement dit. C'est un médecin qui doit être chargé d'en présenter à l'opérateur les diverses pièces, ainsi que les instruments et les fils à ligatures ou à sutures.

Il est évident que pour remplir ce programme, ce ne sera pas trop des trois médecins (nombre maximum à supposer qu'il soit jamais atteint) qui devraient être embarqués en temps de guerre sur un bâtiment de combat.

La question dont nous venons de montrer toute la difficulté, mériterait d'être l'objet de la part de nos confrères de la marine, d'un travail analogue à celui que vient d'écrire pour l'armée, le professeur Forgues.

Si ardue que soit la besogne, alors que le matériel fait à peu près défaut et qu'on ne dispose que de ressources presque dérisoires, elle vaut la peine d'être entreprise. Le résultat en serait considérable. Et peut-être, enfin, se déciderait-on à entrer franchement dans la voie de progrès sérieux et à doter le corps de santé auquel on demande tant, de moyens d'action qui lui permettent au moins de faire quelque chose.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 8 juin. — Présidence de M. Ferrand

Phlébite précoce chez les tuberculeux

M. Hirtz. — La phlébite n'est ordinairement signalée chez les tuberculeux que lorsque la maladie est arrivée à sa période ultime, à la période cachectique. Mais la phlébite peut être beaucoup plus précoce dans la tuberculose. Elle peut survenir chez des malades dont la santé générale est à peine altérée, et elle peut même être la première manifestation de la tuberculose.

La démonstration des infections veineuses n'est pas encore complète. Widal l'a établie d'une manière indiscutable en ce qui concerne l'infection puerpérale. Weigert a décrit l'infection tuberculeuse des veines. Vaquez, enfin, a contribué puissamment à substituer à la notion vague des thromboses cachectiques, celle des phlébites par infection ou primitive ou secondaire.

La présence des micro-organismes dans les parois des veines est assez souvent difficile à constater ; les agents infectieux disparaissent assez rapidement des thrombus. Cependant les infections directes des veines par le bacille de Koch ne sont pas niables ;

Weigert en a rapporté plusieurs observations remarquables, mais il s'agissait toujours de veines profondes ; le diagnostic de la lésion veineuse était impossible. Weigert ne parle pas de tuberculose des veines des membres. Au point de vue clinique, cependant, cette localisation est de la plus haute importance, puisque, d'après M. Hirtz, elle pourrait être la première manifestation d'une tuberculose jusque là silencieuse.

M. Hirtz rapporte sept observations dans lesquelles la phlébite des membres s'est produite au début de cette maladie ou même quelques mois avant toute autre manifestation de tuberculose. Il en conclut que la phlébite des tuberculeux au premier degré n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, et il insiste sur ce fait que la phlébite peut être primitive et précéder de plusieurs semaines ou de plusieurs mois la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue clinique, la phlébite précoce diffère de la phlegmatia ultime, marastique par sa durée moindre ; elle ne dépasse guère trois semaines et, dans plusieurs cas, au bout de douze jours la douleur avait disparu avec l'œdème, le cordon dur et l'impotence fonctionnelle. La forme périphlébitique est plus fréquente que la forme oblitérante. Enfin, contrairement à l'opinion de Weigert, l'infection tuberculeuse des veines n'est pas toujours suivie de tuberculose aiguë à marche rapide.

M. Laveran n'a jamais observé, parmi les très nombreux tuberculeux qu'il a soignés, un seul cas de phlébite précoce. Elle doit donc être très rare. La règle reste donc que la phlébite des tuberculeux ne se produit qu'à la période cachectique.

M. Hirtz. — La phlébite précoce est rare, en effet; depuis 1881, M. Hirtz n'en a pu réunir que sept observations ; cependant elle l'est moins qu'on le croit, puisque les auteurs classiques ne la signalent même pas.

M. Ferrand pense qu'il est difficile de prouver la nature tuberculeuse d'une phlébite précédant de plusieurs mois toute autre manifestation tuberculeuse.

Pathogénie et statistique de l'ulcère rond de l'estomac dans les hôpitaux de Paris

M. Gilles de la Tourette. En présence des nombreuses théories pathogéniques de l'ulcère rond de l'estomac qu'ont trop souvent influencé les doctrines médicales régnantes, nous avons entrepris de dresser le bilan des cas en traitement du 15 mars au 15 avril dans les hôpitaux de Paris. A cette date il n'en existait pas dans les hôpitaux d'enfants. Dans les hôpitaux généraux, en éliminant les services de chirurgie, d'accouchement, etc., il existait 18 cas dont 13 femmes et 5 hommes diagnostiqués « ulcère rond » par nos collègues des hôpitaux. Nous avons recueilli ces 18 observations qui portaient sur 4,703 sujets dont 2,830 hommes et 1,873 femmes. La proportion était donc de 1 cas par 566 hommes et de 1 cas pour 144 femmes.

Au point de vue pathogénique ces 18 cas se partagaient en 10 alcooliques; 6 hystériques; 1 cas de traumatisme interne (ulcère du duodénum par calculs hépatiques volumineux); 1 cas de cause indéterminé chez une cuisinière niant l'alcoolisme. Nous pouvons donc conclure que l'alcoolisme était le facteur étiologique le plus important de l'ulcère rond; après lui vient l'hystérie qui est susceptible de produire du côté de l'estomac des troubles trophiques analogues aux ulcérations cutanées avec écoulement sanguin qu'on savait déjà être sous la dépendance de la névrose.

M. Mathieu. Entre les deux grandes causes d'ulcère rond dont parle M. Gilles de la Tourette, l'alcoolisme et l'hystérie, et l'ulcère rond lui-même il existe un facteur important, constant dans cette dernière affection, l'hyperchlorhydrie. Les rapports de l'alcoolisme avec l'hyperchlorhydrie sont nettement établis, le nervosisme peut également le provoquer.

Au point de vue thérapeutique il faut établir en principe que, alors même que le diagnostic d'ulcère rond de l'estomac n'est pas absolument sûr, chez les hystériques avec hématémèses, ces malades doivent néanmoins être considérées comme atteintes d'ulcère rond et soignées en conséquence; on évitera ainsi des accidents tels que la perforation.

M. Gilles de la Tourette. Ces malades devront en outre être soignées comme des hystériques ; l'isolement donne d'excellents résultats.

M. Galliard cite le cas d'une malade hystéro neurasthénique chez laquelle il vit se développer sous ses yeux des phénomènes d'ulcère rond, entre autres des hématémèses.

M. Rendu rapporte le cas d'une femme âgée qui, à la suite d'une frayeur, fut prise de vomissements de sang et mourut quelques jours plus tard par perforation de l'estomac.

M. Chantemesse a observé un homme nerveux, légèrement dyspeptique qui, après une violente colère, fut pris d'hématémèse, et chez lequel se sont développés ensuite tous les signes d'un ulcère rond.

Ulcérations tuberculeuses des gencives et ostéo-périostite tuberculeuse du maxillaire inférieur

M. Giraudeau rapporte l'observation d'un malade de 42 ans entré à l'hôpital à la première période de la phtisie et chez lequel existaient des ulcérations gingivales tuberculeuses qui ont amené, par extension aux tissus sous-jacents, une ostéo-périostite tuberculeuse. Celle-ci avait détruit plus de la moitié de la hauteur du maxillaire inférieur dans toute sa partie antérieure.

Les ulcérations gingivales sont habituellement superficielles et peu étendues en longueur. Cette observation montre que dans certains cas elles peuvent être aussi profondes, aussi destructives que les autres ulcérations tuberculeuses (ulcérations du voile du palais, des amygdales, de la langue).

COURRIER

Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1894 à l'Ecole de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Une épidémie de typhus règne à Alger et fait de nombreuses victimes dans le personnel hospitalier. Depuis le début de l'épidémie, sur 17 décès survenus à l'hôpital de Mustapha, on compte *huit infirmiers*, et, malgré cette mortalité, aucune défaillance ne s'est produite. Un externe de l'hôpital civil, M. Jean Philipon, détaché à l'ambulance d'El-Kattar, est mort aussi du typhus exanthématique qu'il avait contracté dans l'exercice de ses fonctions.

— Le Conseil général des Sociétés médicales de la Seine, dans sa séance du 6 juin, a élu membre honoraire M. le sénateur Léon Labbé.

— D'après le *New-York Herald*, à l'Université de Cambridge les progrès que fait l'hypnotisme parmi les étudiants sont très inquiétants.

Beaucoup de jeunes gens désertent les exercices de sport pour expérimenter sur eux-mêmes et sur leurs camarades les effets du magnétisme.

Une professionnelle de l'hypnotisme, dont les séances avaient un grand succès à Cambridge, avait fini par exercer un tel empire sur la volonté de certains jeunes sujets qu'on a dû prendre une mesure radicale et l'expulser de la ville.

Mais, ajoute le *New-York Herald*, le mouvement se continue, malgré cette expulsion, et on ne sait comment l'enrayer.

La teigne a Berck-sur-Mer. — Depuis dix-huit mois l'hôpital de Berck-sur-Mer est

envahi par une épidémie de teigne; presque tous les enfants hospitalisés devenant teigneux (220 sur 341), on a dû suspendre l'envoi des malades à Berck.

On s'est décidé enfin à évacuer sur un autre endroit les teigneux et à désinfecter l'hôpital.

Quelques conseillers municipaux, toujours bienveillants, ont fait remarquer que si l'on avait attendu si longtemps pour prendre cette mesure, c'était par négligence, et que si actuellement on la prenait d'urgence, c'est que les familles d'enfants riches qui vont à Berck en cette saison, s'étaient vivement plaintes du voisinage des teigneux.

— L'association des anciens élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg, fondée par le Dr Bouloumié, a décidé de tenir désormais deux réunions annuelles, l'une à Paris, la seconde à Nancy. La première assemblée du groupe de l'Est vient de se réunir. Au banquet assistaient plusieurs professeurs honoraires de la Faculté de Nancy, anciens professeurs de Rtrasbourg, MM. Tourdes, Coze, Herrgott, Hecht, la plupart des anciens élèves de la célèbre faculté, et nombre de médecins de la région, des stations hydrologiques de l'Est et de médecins militaires.

M. le professeur Bernheim a été élu président, M. Stœber, vice-président.

Responsabilité du transfusé a l'égard de celui qui fourni le sang. — Le tribunal civil de la Seine vient de se prononcer dans un différend qui — il nous semble — regarde les médecins. Voici les faits :

Un sieur L... dans un état grave, subit la transfusion du sang, pratiquée par M. X... — avec toutes les garanties désirables — le sang fut très volontiers fourni par le sieur M..., jardinier au service du transfusé, qui se rétablit. Peu de temps après, le donneur de sang devint malade.

Il attribua son état à ce qu'il avait fourni du sang et réclama des dommages-intérêts. Des experts furent nommés. Au cours de l'expertise, M... mourut et son autopsie, faite par les experts, prouva qu'il avait succombé à un cancer de l'estomac.

Ces experts, MM. Laugier, Delens et Vibert déclarèrent que la saignée pour recueillir le sang n'avait pu être la cause du cancer. Mais ils crurent, et cela semble bien moins certain, que le cancer n'existait pas lors de la transfusion. En conséquence, le tribunal a débouté la veuve M... de sa réclamation et renvoyé L... des fins de la plainte.

Tel est le fait. Au point de vue scientifique, il serait bien intéressant de savoir ce que deviendra L.. transfusé. Sera-t-il cancéreux ?

— On annonce, pour le 3 septembre, l'inauguration à Bruyères (Vosges) du monument élevé à la mémoire de Villemin.

— La Commission chargée d'étudier les modifications à apporter à l'organisation médicale de l'hôpital des Enfants-malades s'est prononcée à l'unanimité pour le maintien du service laissé vacant par la mort de M. le Dr Ollivier.

Tableau d'avancement de l'armée de terre (Inscription d'office). — *Pour le grade de médecin-major de 1re classe*: M. Achard (Dahomey).

Pour le grade de médecin-major de 2e classe: M. Danjou (Dahomey).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud

Sur un cas d'anémie palustre

Messieurs,

Je viens vous parler du jeune homme entré le 23 mai dernier dans notre salle Jenner. Cet homme est robuste tant par son squelette que par sa musculature ; mais il frappe tout de suite l'attention par la décoloration complète de ses tissus. Si c'était un sujet féminin, on devrait hésiter sur la cause de cette décoloration, mais chez un homme de 24 ans, qui offre un certain aspect de bouffissure des téguments, on ne doit pas hésiter : on peut être sûr qu'il est frappé d'anémie palustre. D'ailleurs, les renseignements qu'il fournit complètent le diagnostic.

L'interrogatoire nous apprend, en effet, que nous sommes en présence d'un individu frappé d'anémie palustre d'origine exotique. Durant son séjour à Biskra, il y a deux ans et demi, il fut pris de fièvre; mais, ainsi que cela se passe en général, au début, cette fièvre n'était pas réglée ; elle revenait tous les deux jours, tous les trois jours ; elle était déréglée aussi quant à l'heure, car elle apparaissait le soir. De Biskra il va à Oran et, là encore, la fièvre garde sa périodicité et son irrégularité. Au bout de quelques mois il est envoyé au Dahomey, et ici, Messieurs, se place un fait curieux. Durant son voyage et durant les sept premiers mois de son séjour au Dahomey, il n'eut plus d'accès. Mais, étant à Dogba, il fut pris d'accès réglés, quotidiens et parfois bi-quotidiens, accès qui survenaient le matin. Dans ces accès, la température atteignait 41°, cela l'obligea à un séjour de quarante jours à l'hôpital de Porto-Novo. La fièvre augmenta même d'intensité et un phénomène nouveau s'y ajouta : il fut pris d'ictère, qui dura assez longtemps. Après ce séjour à l'hôpital, les accès perdirent leur régularité, et, comme il était guéri en apparence on le dirigea sur Oran. Cette guérison était si bien une simple apparence que, sur le bateau, il fut pris d'accès pernicieux dont le symptôme dominant fut le délire, délire tel qu'on dut l'attacher, le ligoter. C'était durant les derniers jours de la traversée.

A Oran, aussitôt arrivé, on lui administra des injections de quinine au nombre de six, le jour même de son entrée à l'hôpital. Grâce à cette médication, l'accès pernicieux disparut, les accès ordinaires reparurent, quant à l'ictère il s'évanouit petit à petit. On l'envoya en convalescence à Arzew, et, une fois jugé guéri, il quitta l'Algérie pour rentrer en France. A ce moment il était décoloré, mais n'avait plus d'ictère ni d'accès.

Il arriva à Paris au mois de janvier, et, durant deux mois environ, il fut bien portant, sauf de la céphalalgie et des palpitations qu'explique l'état d'anémie profonde où il est plongé. Là encore cette guérison n'était qu'une apparence; car, à la fin de mars, il fut repris d'accès qui revêtirent le même type qu'au Dahomey. De lui-même, il prit de la quinine, mais fort peu, 0,50 centigrammes seulement et deux ou trois heures avant l'accès, ce qui

était inutile comme vous le verrez tout à l'heure. Cela dura tout le mois d'avril et jusqu'au 17 mai ; à dater de cette époque il n'a plus eu d'accès. Il arrive le 24 dans notre service pour de la faiblesse, des palpitations, de la céphalalgie, il vient donc pour des symptômes dépendant de l'anémie.

Nous avons fait la numération des globules rouges, et nous en avons trouvé 1,800,000. Quant à l'hémoglobine, sa proportion est au-dessous de la moitié du chiffre normal, il n'a en effet que 6 d'hémoglobine. Les globules blancs sont augmentés par rapport aux globules rouges, car nous avons 1 globule blanc pour 200 globules rouges. En raison de l'anémie, on a des souffles systoliques à tous les orifices, et les deux plus forts sont le souffle siphoïdien et le souffle pulmonaire. Dans les vaisseaux du cou, on entend un double souffle. La rate grosse, un peu dure, dépasse de trois travers de doigt le rebord costal.

Le foie est normal, ce qui est à noter, en raison de l'ictère qu'il a eu au Dahomey.

Il n'a pas d'albumine dans l'urine.

En somme, l'impaludisme donne lieu à deux états qu'il ne faut pas confondre, bien qu'ils reconnaissent la même cause : la cachexie et l'anémie. Ici on ne doit pas dire cachexie, mais anémie, et l'anémie peut durer longtemps avant que la cachexie s'établisse. Notre malade n'est nullement un cachectique.

Comme je l'ai déjà dit, il est rare que les fièvres paludéennes exotiques soient réglées dès leur début. Nous voyons en outre chez cet homme disparaître complètement et durant des mois les manifestations extérieures du paludisme. Mais après des mois elles reparaissent aggravées. Vous me direz que ce n'est pas étonnant puisqu'il est resté dans des pays où le paludisme règne. Sans doute, mais il avait été guéri en apparence durant sept mois au Dahomey ; plusieurs mois avant de quitter l'Algérie il était encore guéri ; alors il quitte les pays à fièvre, vient à Paris, et sa guérison apparente dure deux mois, mais au bout de ces deux mois les accès reparaissent sans nouvelle infection paludéenne. Et bien, il faut que vous le sachiez, c'est la règle.

Quand on a été pris de malaria et que, sous l'influence du traitement, les manifestations extérieures du paludisme ont disparu, on n'est pas guéri ; ce n'est qu'une apparence et le traitement doit être continué et varié. Les accès fébriles cessent, l'infection demeure lorsque les accès ont pris fin ; c'est un fait qui est, je ne sais pourquoi, trop oublié, et qui suscite un certain étonnement quand on le constate pour la première fois.

N'a-t-on pas vu des médecins allemands venir manifester leur étonnement à la Société de médecine de la Charité de Berlin, après avoir observé des faits semblables chez des soldats revenant des colonies allemandes de l'Afrique ? En vérité, cela ne montre qu'une chose : leur inexpérience.

Dans le paludisme, on doit distinguer deux choses : les modifications extérieures causées par la malaria, que fait disparaître un traitement approprié, et l'état d'infection, qui ne s'éteindra presque jamais, que ce soient des fièvres d'Afrique, d'Italie, d'Espagne, des vallées du Danube ou de la France méridionale.

L'un des écrivains de ce siècle qui a appliqué à cette infection persistante la dénomination la plus juste, c'est Graves, de Dublin, en 1840. Il l'a appelée

« état de périodicité latente ». En effet, chez les malades présentant des intervalles d'accalmie de plusieurs mois, il avait supputé quel jour l'accès devait reparaître, et quand il reparaissait c'était exactement le jour où il aurait dû revenir, si la fièvre avait persisté avec son type habituel. Ce qui est également certain, c'est la persistance de l'état d'infection grave des malades. Quelquefois on observe des individus qui ne sont jamais retournés dans des pays à fièvre, dont l'hygiène est restée parfaite, et qui sont, après des années, repris d'accès graves.

Ces notions n'ont été ni augmentées ni éclairées par la découverte des hématozoaires donnés comme caractéristiques de la malaria.

Avant cette découverte, on disait que l'organisme était imprégné d'un « poison » qui perdait parfois durant des espaces de temps plus ou moins longs son activité; mais quand, pour une cause quelconque, simple refroidissement, alcoolisme, indigestion, le « poison » se réveillait, les accès reparaissaient. Que savons-nous de plus aujourd'hui?

Dans les intervalles d'accalmie, trouve-t-on des hématozoaires? Jamais. Quand, après une période d'accalmie, on les cherche durant les accès, au moment voulu, les trouve-t-on? Tantôt oui, tantôt non. Notez bien qu'on ne les rencontre jamais durant les intervalles apyrétiques : ce serait donc que la quinine les a tués. Or, il n'en est rien, puisqu'ils peuvent reparaître dans les accès nouveaux.

Il y a deux ans, on a entretenu la Société médicale de la Charité de Berlin de deux cas semblables à celui dont je vais parler. Dans un des cas, celui de Kaulthora, l'examen du sang ne donna que 1,000,000 de globules rouges, mais on ne trouva aucun hématozoaire, quoiqu'on ait pris du sang dans les heures qui précédaient les accès. Dans l'autre cas, celui de Grawitz, on les trouva.

En ce qui nous concerne, nous n'en avons jamais trouvé, quoique nous ayons eu des malades venant de Dakar, du Tonkin, de Madagascar, du Dahomey, et même, parmi ces malades, nous en avons eu un qui eut des accès terribles, et chez lequel nous aurions dû trouver l'hématozoaire. Or, je le répète, jamais nous n'avons rien trouvé, malgré les examens réitérés faits par MM. Netter, Ménétrier, Lesage. Ce fait de l'infection latente est la partie la plus intéressante de la malaria.

Comment peut-on comprendre l'action de la quinine en présence de la doctrine des hématozoaires?

On ne peut vraiment pas dire comme Galgi, que de la mort des hématozoaires sous son influence, découle la suppression des accès. En effet, sans infection nouvelle, il peut survenir de nouveaux accès, où l'examen du sang montre le parasite.

Je crois que Baccelli a donné, il y a dix-huit mois, une explication plus satisfaisante, quoiqu'à deux faces; d'ailleurs, je vais vous lire les conclusions de son mémoire, pour être bien sûr de ne pas dénaturer sa pensée :

1° Il peut arriver que, dans des cas graves, on ne trouve aucun hématozoaire dans le sang;

2° Il peut arriver qu'on en trouve, mais en si petit nombre qu'on ne peut pas établir de rapport entre ces éléments et l'intensité du cas;

3° Il est possible qu'on trouve des amibes en grand nombre, mais ils ne

sont nullement pyrétogènes, s'ils ne sont pas arrivés à la phase de sporulation.

Je vous ferai remarquer que cette dernière conclusion n'est pas propre à Baccelli ; elle est généralement admise en Italie.

4° Si l'on trouve dans le sang des hématozoaires en état de segmentation ou de sporulation, on peut prédire un accès.

5° On peut succomber à la malaria sans qu'on rencontre d'hématozoaires dans le sang.

Baccelli conclut que la malaria comprend deux éléments, la « Dyscrasie sanguine Morphologique » ou destruction des globules rouges, et la « Dyscrasie chimique », due aux toxines produites par les hématozoaires dans le sang. Le premier élément fait la cachexie, le second fait la fièvre.

Malgré tout, les conclusions de Baccelli n'ont pas la capacité d'éclairer la notion d'infection latente ; sur ce point, nous ne savons rien, et on peut le déplorer, quand on songe au nombre de travaux qui ont été écrits sur ce sujet.

Avant de terminer, je veux vous parler du traitement, qui est fort important. Golgi dit qu'on doit donner la quinine bien plus tôt dans la quarte que dans la tierce et dans la quotidienne. Or, il y a 30 ans, j'ai démontré que le début réel de l'accès n'est pas le même que le début marqué par le frisson, et qu'il le précède de quelques heures. Je me suis appuyé, pour ma démonstration, sur les principes de l'urologie.

En tenant compte de ce fait que la quinine ne produit son maximum d'effet que six heures après son administration, on doit l'administrer non pas dix heures avant le début apparent de l'accès, mais six heures avant le début réel.

En me fondant sur un grand nombre d'observations, j'ai pu établir que dans la fièvre quotidienne le début réel précède le début apparent, marqué par le frisson, de deux heures, on devra donc donner le médicament huit heures avant l'heure supposée de l'accès apparent.

Dans la tierce, le début réel par rapport au début apparent est en avance de quatre à six heures ; il faut donc donner la quinine douze heures avant l'accès.

Dans la quarte le début réel précède le début apparent de huit à douze heures ; on devra donc administrer la quinine dix-huit heures avant le moment connu du frisson.

Durant la première période d'accalmie, on doit donner la quinine la veille du jour où l'accès aurait eu lieu si la fièvre persistait. Dans l'état d'infection latente, c'est le quinquina en extrait qu'il faut ordonner, à la dose de quatre grammes. Plus tard, on peut associer au quinquina du tartrate ferrico-potassique, à la dose de 0,40 centigrammes. Inutile d'en donner plus, il ne serait pas absorbé. Je donne ce sel parce qu'il ne fatigue pas l'estomac et qu'il ne donne pas de constipation.

Tel est le traitement à faire suivre durant deux mois environ, puis vient le moment d'y joindre l'hydrothérapie et l'acide arsénieux.

De l'intervention dans la hernie diaphragmatique étranglée

Nous avons dans la *Revue de chirurgie* (T. XII, 1892) publié une étude sur ce sujet en collaboration avec notre maître le docteur Schwartz, et la récente observation du docteur Neumann, parue tout dernièrement à Berlin, nous donne l'occasion de revenir sur ce sujet. Voici d'abord le résumé de l'opération pratiquée par le chirurgien allemand.

Le 23 mars, le malade fut pris brusquement de vives douleurs du côté de l'ombilic. Pendant neuf jours, le malade n'alla pas à la garde-robe et n'émit pas de gaz ; enfin vinrent les vomissements bilieux, puis stercoraux.

L'examen montra que les poumons avaient leur limite inférieure très élevée; la matité cardiaque était très réduite. La région sus-ombilicale était extrêmement douloureuse. La marche des accidents éloignait l'idée d'une simple obstruction ; on pensa toutefois à un étranglement ou à un volvulus.

L'abdomen fut ouvert sur la ligne médiane au dessus de l'ombilic; on constata de suite l'absence du colon transverse. Immédiatement au-dessus de l'angle gauche du colon on aperçut une perforation du diaphragme par laquelle s'engageait une anse d'intestin ; dans la plèvre se logeait un demi-mètre d'intestin très distendu, accompagné du grand épiploon roulé en masse. Pour réduire cette hernie diaphragmatique, il fallut inciser le diaphragme et détruire les adhérences. Le malade supporta l'opération, mais succomba dans la nuit.

La perforation du diaphragme avait les dimensions d'une pièce d'un mark ; elle siégeait sur le côté au voisinage de la sixième côte gauche. Comme on le voit, c'est ainsi que nous le disions, dans le cours d'une laparotomie qu'on a été amené, et qu'on le sera toujours, à faire le diagnostic ; mais, celui-ci fait, faut-il pratiquer la réduction par l'abdomen ou prendre la voie transpleurale.

Dans le cas de Neumann, la réduction par le ventre a été possible, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le débridement est même très dangereux quand on opère au fond du flanc gauche en maniant le bistouri au milieu d'anses intestinales qu'il est très difficile de garantir contre le tranchant de l'instrument.

Les craintes d'infection, l'impossibilité de pratiquer la cure radicale nous ont fait songer à conseiller pour la hernie diaphragmatique étranglée ce qu'on pratique par la hernie traumatique alors qu'un coup de couteau dans le flanc traversant plèvre et draphragme pénètre dans l'abdomen et permet l'issue de l'épiploon.

L'opération est possible, elle est même facile. Nous l'avons reproduite sur le cadavre et voici comment elle nous semble devoir être pratiquée. Le sujet doit être placé dans le décubitus latéral gauche avec un coussin sous le flanc droit de manière à faire saillir le flanc costal gauche.

Une incision en U, en T ou en H, longue de 12 à 15 centimètres, doit être pratiquée au niveau de la neuvième côte. Un premier lambeau musculo-cutané est relevé, puis on sectionne la neuvième côte qui peut être réséquée ou relevée avec les parties molles profondes. La plèvre est alors ouverte, le poumon remonte de lui-même et on se trouve en face du dôme diaphragmatique sur lequel il est facile d'agir. On a alors réalisé les conditions dans lesquelles on se trouve dans toutes les kélotomies ; on opère

de dehors en dedans en y voyant clair ; mais avec cette grande différence pourtant c'est qu'on est encore dans une séreuse et que la désinfection du sac et les précautions antiseptiques devront être plus minutieuses que partout ailleurs. On débride l'anneau où et comme on veut, on ouvre le sac, on le nettoie bien, on résèque l'épiploon en l'attirant à soi de façon à le couper dans une partie non infectée, on attire de même l'anse intestinale qu'on visite, qu'on nettoie complètement et on n'opère la réduction que lorsque toutes les chances de non-infection péritonéale auront été acquises.

La cure radicale commence alors et est conduite ici comme partout ailleurs. On fait la résection du sac, on avive la boutonnière et on fait un plan de sutures comprenant le tissu musculaire et la plèvre. L'hémostase aura été faite avec soin dans le cas où une artère diaphragmatique aurait été coupée.

Si une seule résection costale paraît insuffisante, on peut, sans le moindre inconvénient, sectionner la dixième côte. On nettoie très soigneusement la plèvre et on referme alors la paroi thoracique avec les précautions que nous indiquerons tout à l'heure.

La plaie de la laparotomie n'aura été pendant ces manœuvres suturée qu'à la partie inférieure, et une éponge montée, maintenue par un aide, se sera opposée à la sortie des viscères.

Dans le cas où la suture aurait été pratiquée définitivement, il serait du reste facile de faire sauter les points supérieurs, afin de pouvoir introduire de nouveau la main dans l'abdomen, si la chose était jugée nécessaire. Nous ne sachons pas que cette pratique ait été mise en usage dans la hernie diaphragmatique étranglée ; nous nous permettons toutefois de la rappeler à nos confrères dans l'espoir qu'elle pourra permettre de sauver des malades qui jusqu'ici ont été voués à une mort certaine.

E. R.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

Contagion diphtérique

On sait que le bacille de Loeffler peut persister assez longtemps, et avec toute sa virulence, dans la bouche de sujets qui ont été atteints d'angine diphtérique. Il n'est pas encore possible, malgré d'assez nombreuses recherches, de dire d'une façon précise pendant combien de temps ce micro-organisme reste actif, pendant combien de temps es enfants guéris de diphtérie sont contagieux pour ceux qui les approchent. Mais ce que l'on sait bien, c'est que l'on peut dans certains cas, retrouver par les cultures le bacille de Loeffler chez ces enfants, deux, trois, quatre semaines après la fin de leur maladie, surtout lorsqu'ils conservent un petit écoulement nasal sanieux, louche. On a insisté ici même (1), au point de vue de la prophylaxie, de la diphtérie, sur la longue durée de la contagiosité de cette affection.

M. Belfanti m'a rapporté naguère un cas remarquable. Dans une famille, un enfant prend la diphtérie ; il guérit; *sept mois après,* sa sœur est atteinte à son tour.

L'examen bactériologique de la gorge de la fillette démontre l'existence simultanée dans les fausses membranes du bacille de Loeffler et du streptocoque. L'enfant meurt.

(1) Voir *Union médicale* du 17 mars, n° 32.

En cherchant l'origine de la contagion, M. Belfanti est amené à examiner bactériologiquement la gorge du frère de la fillette, lequel depuis sept mois, c'est-à-dire depuis la fin de sa diphtérie, était bien portant. Cependant il conservait encore des ganglions cervicaux tuméfiés, volumineux, quoique indolores. L'examen du pharynx révèle tout d'abord une amygdalite folliculaire chronique; M. Belfanti fait des cultures sur sérum avec le mucus qui recouvre les amygdales; d'abondantes, de luxuriantes colonies de bacille diphtérique se développent en même temps que des colonies de streptocoques. Cet enfant conservait donc dans son arrière bouche, depuis sept mois, les micro-organismes qui venaient de produire chez sa sœur une diphtérie mortelle. L'inoculation aux animaux des cultures ainsi obtenues démontra leur extrême virulence.

Trois mois plus tard, M. Belfanti pratiquait un deuxième examen de la gorge de cet enfant, et il trouvait encore le bacille de Lœffler, mais cette fois très atténué, puisque les cultures inoculées à des animaux ne donnèrent lieu chez ceux-ci qu'à une légère inflammation locale.

A côté de ce fait si important de la longue vitalité du bacille diphtérique, on trouve dans cette observation un remarquable exemple de l'immunité puissante que confère dans quelques cas, au moins pour un certain temps, une première atteinte de diphtérie. Pendant plus de sept mois, grâce à cette immunité acquise, l'enfant a résisté à l'infection et les micro-organismes qu'il conservait au niveau de ses amygdales ont fini, au bout d'un temps exceptionnellement long, par perdre peu à peu leur virulence et leur vitalité.

(*Réf. Méd.* 23 mars.)

Sérothérapie de la diphtérie

Ce fait explique et justifie l'ardeur avec laquelle certains auteurs cherchent les moyens de conférer rapidement cette immunité, afin de transformer un enfant atteint de diphtérie en un mauvais terrain de culture pour le bacille de Lœffler. On connaît la méthode de Behring ; on sait que l'injection de sérum d'un animal immunisé peut préserver un autre animal, le rendre réfractaire à des doses mortelles de culture et quelquefois même enrayer une infection commençante. Le sérum d'animaux immunisés contre la diphtérie peut donc être injecté à des enfants atteints de cette affection.

Bien que cette méthode n'ait pas donné, avec le sérum antitétanique, tout ce qu'il était logique d'en espérer, il est intéressant de suivre les efforts des auteurs qui l'emploient contre la diphtérie.

Ehrlich, Kossel et Wassermann viennent de publier récemment les résultats qu'ils ont obtenus sur 220 cas de diphtérie. Ils se servaient du sérum de chèvres immunisées, et le lait de ces animaux contenait aussi les substances antitoxiques. Ces chèvres étaient tout d'abord rendues réfractaires au moyen de doses progressivement croissantes de cultures mortes de diphtérie.

Si l'on se borne à considérer les résultats obtenus par Ehrlich, Kossel et Wassermann, on voit que sur 220 enfants qu'ils traitèrent par les injections de sérum antitoxique, 67 étaient trachéotomisés. Chez ces derniers la mortalité fut de 44,9 p. 100. Sur les 153 autres, la mortalité ne fut que de 23,6 p. 100. 6 enfants traités dès le premier jour guérirent tous ; 66 enfants traités dès le second jour donnèrent 97 p. 100 de guérisons ; dans 23 cas traités à partir du cinquième jour le chiffre des guérisons ne fut que de 56,5 p. 100. L'influence d'un traitement rapidement commencé est donc ici extrêmement nette. Dans la moitié des cas mortels que traitèrent Ehrlich, Kossel et Wassermann, l'état des petits malades était tel, quand on commença le traitement, que la guérison devait être regardée comme impossible. Parmi les autres cas, la guérison

aurait peut-être été plusieurs fois obtenue, si l'on avait eu sous la main de suffisantes doses de sérum antitoxique. Quelques enfants semblaient très améliorés pendant les deux premiers jours qui suivaient l'injection de sérum, mais leur état s'aggrava par la suite et ils moururent dix à quatorze jours plus tard avec de la néphrite et surtout par syncope.

Les auteurs n'ont observé aucun effet nuisible des injections de sérum. Ils espèrent que les résultats donnés par la méthode seront des plus satisfaisants toutes les fois que l'on pourra commencer le traitement assez tôt et proportionner la quantité de sérum antitoxique à la gravité de l'affection.

(*Deutsch med. Woch.* avril.)

Nouveaux traitements de la diphtérie

A côté des auteurs qui cherchent par les injections de sérum d'animaux immunisés à provoquer dans l'organisme des modifications suffisantes pour enrayer le développement du bacille de Lœffler, il en est d'autres qui s'attaquent directement à la lésion locale et cherchent avec non moins d'ardeur la substance idéale qui fera disparaître dans le moins d'heures possible la source même de l'intoxication.

M. Seibert a imaginé un traitement sous-membraneux de la diphtérie; il injecte, avec une seringue munie de plusieurs petites aiguilles, de l'eau de chlore sous les fausses membranes. Le nombre des injections se règle d'après l'étendue et l'épaisseur des pseudo-membranes. Elles ne sont pas douloureuses, sauf toutefois au niveau du voile du palais. Les symptômes généraux s'amendent très vite. Parfois, au bout de quelques heures, la fièvre, la céphalalgie, l'anorexie disparaissent. Les fausses membranes ne se détachent qu'au bout de deux ou trois jours.

Les résultats annoncés par l'auteur sont remarquables. Dans une première série, sur 85 cas de diphtérie la mortalité ne fut que de 7,5 pour 100. Dans une seconde, portant sur plus de 100 cas, la mortalité n'atteignit que 4,58 pour 100.

(*Jahr. f. Kinderh.*)

Klebs a préparé une *antidiphtérine* liquide, extraite des cultures du bacille de Loeffler et additionné de 2 pour 1,000 d'orthocrésol. D'après lui, les badigeonnages de la gorge des petits diphtériques avec cette antidiphtérine produiraient d'excellents résultats; les fausses membranes seraient très rapidement détruites et la guérison complète ne se ferait pas attendre, du moins dans un grand nombre de cas.

Contre cette antidiphtérine de Klebs, il est vrai, on doit relever les insuccès qu'a éprouvés M. Vulpius, qui l'a employée dans 19 cas. Elle n'empêcherait pas, d'après ce dernier, les fausses membranes de s'étendre et de se reproduire et les fausses membranes badigeonnées renfermeraient encore, vivant et virulent, le bacille de Loeffler. Quoiqu'il en soit, la mortalité, chez les enfants soignés par M. Vulpius avec l'antidiphtérine, a atteint 52,5 pour 100. (*Deutsche med. Woch*, n° 6.)

Bien autrement satisfaisants seraient les résultats obtenus par MM. Lyly et Knopol grâce à des badigeonnages avec la solution suivante :

Papayotine....................	10	grammes
Acide phénique pur liquéfié....	5	—
Eau distillée..................	100	—

Les badigeonnages doivent être faits toutes les dix minutes pendant les deux premières heures, puis toutes les deux heures, même la nuit. En quelques heures on verrait ainsi quelquefois disparaître les fausses membranes; celles-ci ne résisteraient en tout cas jamais plus de trois jours. Sur 51 cas, il y a eu 36 guérisons, dont une après trachéotomie, soit 71 pour 100. Fait important, ce traitement se serait montré efficace même dans des cas extrêmement graves. D'après le *Bulletin Médical*, 8 avril.)

Bien plus remarquables encore seraient les résultats obtenus par M. BIANCHINI ; les badigeonnages étaient faits, deux ou trois fois par jour, avec :

Acide salicylique	3	grammes
Alcool absolu	20	—
Résorcine	2	—
Glycérine	30	—

En outre, fomentations, sur le cou de l'enfant avec une solution phéniquée à 2 pour 100.

Sur 45 cas, de gravité variable, il n'y eut que 2 morts. La durée du traitement varia de six à dix-huit jours ; dans un cas, cependant, il dut être prolongé pendant un mois.

(*Gazz. degli Ospitali*, 20 mars.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

Vaccination et revaccination

M. LAYET communique à l'Académie de médecine quelques points importants concernant la pratique de la vaccination animale. Le premier de ces points se rapporte aux véritables caractères éruptifs que présente originellement le vaccin de nature équine ; le second met en lumière, par la statistique comparative, de nombreux faits observés, la nécessité de recourir à la pratique des revaccinations répétées ; le troisième a trait à un mode spécial de préparation aseptique de la pulpe vaccinale.

L'éruption observée sur le cheval a été remarquable par sa pureté, l'affection a été très bénigne, il n'y a pas eu de localisation podale. Sur la peau l'éruption était papuleuse, tandis qu'elle était vésiculo-pustuleuse au pourtour des cavités naturelles et purement vésiculeuse dans la bouche.

M. Layet a fait un relevé sur près de 2,000 varioleux en ce qui concerne l'état de vaccination première ou de revaccination que présentait préalablement chacun des malades.

De 0 à 10 ans, s'il y a déjà des non revaccinés qui soient atteints de la variole, la mortalité de ces non revaccinés est cinq fois moindre que celle des varioleux non vaccinés.

Il n'y a pas encore parmi ce groupe d'âge, de revaccinés qui soient atteints de la maladie.

De 10 à 20 ans, les deux tiers des varioleux sont des non revaccinés, et ces varioleux qui avaient été vaccinés, mais non revaccinés, ont une mortalité à peu près égale à celle des varioleux non vaccinés ; le bénéfice d'une première vaccination pratiquée dans la petite enfance a donc presque entièrement disparu. Si dans ce même groupe d'âge, il y a déjà une faible proportion de revaccinés qui soient atteints de la variole, du moins on ne constate pas encore de mortalité chez ces nombreux vaccinés, mais non revaccinés.

De 20 à 50 ans, la part des vaccinés non revaccinés augmente de plus en plus dans le nombre des varioleux ; elle est un peu plus des quatre cinquièmes, avec une mortalité toujours au-dessous de celle des varioleux non vaccinés, mais près de trois fois plus forte que celle des varioleux vaccinés, mais non revaccinés du groupe d'âge précédent. D'autre part, le nombre des varioleux revaccinés s'affirme de plus en plus et cette fois-ci avec une part proportionnelle dans la mortalité des varioleux.

Enfin, à partir de 50 ans et au-dessus, si la proportion comparative des varioleux non vaccinés et celle des varioleux vaccinés, mais non revaccinés, demeure à peu près la même que dans l'âge précédent, par contre, la mortalité des varioleux non vaccinés est plus forte qu'elle ne l'était jusqu'à cet âge, ce qui démontre qu'on ne saurait jamais se flatter de posséder une immunité certaine parce que l'on serait resté indemne jusqu'à un âge avancé.

Il en est de même pour la mortalité des varioleux vaccinés non revaccinés, qui est bien plus forte au-dessus de 50 ans qu'elle ne l'a jamais été dans les groupes d'âge qui précèdent.

D'une autre part, si le chiffre des varioleux revaccinés est à peu près le même que dans le groupe d'âge précédent, par contre, leur mortalité a singulièrement augmenté puisqu'elle est près de 8 fois plus forte qu'elle ne l'était de 20 à 50 ans.

Tous ces faits démontrent, une fois de plus, l'utilité de la vaccination et des revaccinations répétées dans la prophylaxie administrative de la variole.

M. Layet termine sa communication en exposant en détail le procédé de préparation de la pulpe vaccinale aseptique employée par le service de la vaccine à Bordeaux. L'efficacité de cette pulpe est démontrée par les nombreux succès auxquels elle ne cesse de donner lieu.

M. Trosbot fait remarquer que l'on observe très souvent des éruptions vaccinales sur les chevaux. On pourrait même renouveler ainsi facilement le vaccin. La contagion des éruptions de horse-pox est bien connue. Elle se fait par le contact direct, par des bridons, des entraves.

La respiration artificielle par insufflation

M. Laborde : Le mode de respiration artificielle le plus puissant et le plus efficace est l'insufflation directe par le soufflet. M. Laborde a cherché à approprier et à adapter aux cas humains le dispositif employé communément dans les laboratoires et il présente à nouveau le tube bucco-laryngé qu'il a fait construire. Il s'adapte à un masque et permet l'insufflation directe chez l'homme.

On pourra recourir avec profit à la respiration artificielle par insufflation dans les cas de grippe asphyxique.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la scarlatine

Séjour dans une chambre jusqu'à la fin de la période de desquamation. Le plus généralement, la durée de ce séjour est indiquée comme devant durer six semaine ; en réalité il ne faudra pas hésiter à le prolonger davantage, une sortie prématurée pourrait être suivie du développement de complications graves. Le malade devra éviter avec le plus grand soin les courants d'air, mais il est utile d'aérer suffisamment la pièce où il séjourne ; il faut aussi éviter de le surcharger de couvertures.

Régime lacté absolu. Surtout ni bouillon ni potages.

On a recommandé (Smith), lorsque la peau est sèche, des frictions à la pommade suivante :

Acide phénique.......	2	grammes
Thymol...	1	—
Axonge..............	100	—

On fait une friction matin et soir sur tout le corps, la tête excepté. Matin et soir pen-

dant les trois premières semaines et une fois par jour la quatrième. Les onctions huileuses peuvent n'être employées qu'au moment de la desquamation.

Les bains de 32 à 35o, durant 15 à 20 minutes, sont très utiles pour calmer l'excitation fébrile; Lemoine donne le soir, vers 5 heures, un bain, et fait faire le matin une friction générale avec de l'alcool aromatisé.

L'antisepsie de la bouche et du pharinx est de la plus haute importance. On procédera avantageusement aux badigeonnages avec de la glycérine phéniquée (1/50e) ou boriquée (1/5). Pour les fosses nasales, les pulvérisations de solutions salicylées donnent de bons résultats.

Acide salicylique......	3	grammes
Borate de soude......	5	—
Eau distillée..........	100	—

Chez les adultes, les gargarismes au chlorate de potasse, à l'acide borique, peuvent naturellement être prescrits. Lavage de la bouche après chaque repas. Lavages antiseptiques de la vulve.

Dans la scarlatine grave, hyperpyrétique, avec phénomènes ataxo-adynamiques, l'hydrothérapie froide doit, *à tout prix*, être prescrite. Les bains froids sont ce qu'il y a de mieux et la technique de leur emploi est la même que dans la fièvre typhoïde. En cas de refus absolu des parents dûment avertis, on se rejettera sur les effusions froides faites sur le malade debout dans une baignoire, — sur les lotions froides, — sur les enveloppements froids. Le médecin ne doit rien négliger pour essayer de convaincre les familles de l'utilité des bains froids.

BIBLIOTHÈQUE

Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité, par Itard. Préface par Bourneville. — Paris, F. Alcan, 1894.

Il s'agit de rapports faits par Itard, médecin des sourds-muets, sur l'éducation d'un « sauvage » — nous dirions à présent un idiot — amené à Paris vers la fin de l'an VIII. Il fallut neuf à dix mois à Itard pour éveiller les idées de son malade, et lui faire acquérir un nombre de notions encore bien restreint. Cinq ans plus tard, le médecin zélé et dévoué était arrivé à un résultat relativement assez bon et si ce résultat n'a pas été meilleur, c'est certainement parce que le malade lui avait été confié à un âge déjà trop avancé. Le traitement médico-pédagogique des idiots doit être commencé de très bonne heure et il est toujours des plus difficiles. Ce n'est qu'en faisant au médecin et à l'instituteur de longs crédits que les familles peuvent avoir la satisfaction de voir des enfants, qui paraissent leur être d'autant plus chers qu'ils sont plus malheureux, se rapprocher à des degrés divers, et souvent inattendus, des enfants normaux.

Les tractions rythmées de la langue, moyen rationnel et puissant de ranimer la fonction respiratoire et la vie, par J.-V. Laborde. — Paris, F. Alcan, 1894.

Lorsque toute manifestation extérieure de la vie est éteinte, et que l'on observe les signes apparents de la mort, il existe une période latente d'une durée plus ou moins longue, selon la cause et la nature de la mort elle-même. Pendant cette période, les propriétés fonctionnelles des tissus et des éléments persistent, et leur mise en jeu par une intervention appropriée est capable de raviver, momentanément et définitivement, la fonction totale dont ils constituent le substratum organique et fonctionnel.

Cette intervention consiste dans les tractions rythmées de la langue qui réveillent le réflexe respiratoire et la fonction de respiration qui en dérive. Dans son livre, M. Laborde a rassemblé et condensé les nombreux documents accumulés depuis deux ans qu'il a pour la première fois révélé son procédé; ces documents démontrent d'une façon incontestable la puissance et l'efficacité des tractions rythmées dans toutes les conditions où elles sont applicables, d'extinction de la fonction respiratoire ou d'asphyxie extrême, et de mort apparente, qui en est la conséquence.

COURRIER

Dans son dernier numéro, la *Gazette des hôpitaux*, se basant sur les chiffres ci-joints se plaint que le personnel enseignant n'augmente pas en proportion du personnel à nstruire.

Elèves ayant pris leur première inscription de 1883 à ce jour et nombre des examens subis pendant cette période.

Annés scolaires

De 1883-1884	il y a eu	557	élèves et	4126	examens de subis	
De 1884 1885	—	575	—	4529	—	
De 1885-1886	—	384	—	3747	—	
De 1886-1887	—	337	—	3782	—	
De 1887-1888	—	404	—	4807	—	
De 1888-1889	—	453	—	4923	—	
De 1889-1890	—	441	—	4403	—	
De 1890-1891	—	537	—	5073	—	
De 1891-1892	—	515	—	5541	—	
De 1892-1893	—	613	—	6392	—	
De 1893-1894	—	719	—	4372	—	pour le 1er semestre

Et notre confrère termine par ces quelques mots : Il est de la dignité de notre Faculté d'augmenter son personnel enseignant, petit et grand, si elle veut rester à la hauteur de sa réputation, et d'en finir avec ces petites économies indignes d'elle et des trop nombreux étudiants qui viennent se confier à son enseignement.

— A l'Université de Strasbourg, 913 étudiants se sont fait inscrire pour le semestre d'été. Ce chiffre se décompose comme suit : théologie 108, droit 239, médecine 292, philosophie 119, mathématiques 115. Les Alsaciens sont au nombre de 423, dont 312 originaires de la Basse-Alsace, 51 de la Haute-Alsace, 60 Lorrains. La Prusse fournit 244 étudiants, le grand-duché de Bade 39, Brême 9, la Saxe 8, Hambourg 7, Saxe-Weimar 4, Lippe 2, Anhalt 1. Les étrangers sont au nombre de 85, soit 30 Suisses, 8 Autrichiens, 6 Luxembourgeois, 5 Russes, 4 Anglais, 2 Belges, 2 Bulgares, 2 Italiens, 1 Danois et 2 Hollandais, 20 Américains, 2 Japonais et 2 Africains.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

BULLETIN

Depuis quelque temps on s'émeut et non sans raison,dans le milieu universitaire, du nombre toujours croissant des étudiants qui viennent s'inscrire à la Faculté de médecine de Paris. Dans notre dernier numéro, nous avons donné un tableau dont les chiffres parlent et nous avons cité un passage de la *Gazette des hôpitaux* qui réclame un personnel enseignant en rapport avec le nombre des élèves. M. Laborde, dans son journal, profitant de l'arrivée à l'Instruction publique d'un nouveau ministre, s'occupe aussi de cette question et,regrettant cette énorme poussée du côté de la capitale, cherche le moyen de l'arrêter en proposant de rendre obligatoire :

1° L'année d'études préalables des sciences dites accessoires (physique, chimie, histoire naturelle);

2° Les deux premières années d'études médicales dans les Facultés des sciences ou dans les Facultés ou les écoles de médecine appartenant à la région habitée par les parents de l'élève.

Voilà qui est fort bien et c'est, certes, un moyen de lutter contre l'encombrement, on peut dire l'*engorgement* de l'école de Paris ; mais ne trouvez-vous pas qu'il y a là quelque chose d'attentatoire à la liberté.

S'il me plaît à moi d'aller faire mes études à Paris, à Lyon ou ailleurs; si mes moyens me le permettent et si j'y trouve un avantage, de quel droit m'empêcher de faire ce que je veux ; dans le but de donner un certain nombre d'élèves à telle ou telle école ? Si ces centres d'enseignement ne se recrutent pas d'eux-mêmes, vous dira l'élève, supprimez-les. Il aura peut-tre tort au point de vue général, mais raison quand il s'agira de sa carrière,

FEUILLETON

A quand la fin ?

Je viens d'éprouver quelques minutes de bonne gaîté. C'est, — chose incroyable, — le Congrès de Rome qui me les a procurées ! Vous ne l'en auriez pas cru capable, n'est-ce pas, cher confrère, ni moi non plus, je vous le jure. Et, cependant, rien n'est plus vrai. Voici deux mois, deux longs mois qu'on ne peut plus ouvrir un journal de médecine sans se heurter à cette énervante rubrique : « 11° Congrès international des Sciences médicales tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894 », rubrique que suivent un certain nombre de pages où des communications plus ou moins insignifiantes sont analysées, résumées, exposées, tronquées, racontées, condensées (choisissez le terme qui vous plaira) en quelques lignes sans intérêt, décousues, banales, hachées, où l'attention trébuche à chaque pas, conduite qu'elle est à bâtons rompus à travers les sujets les plus étrangers les uns aux autres. De discussion sérieuse, suivie, utile... pas traces. De questions importantes, mûrement étudiées; de matériaux intéressants, habilement mis en œuvre ; de solutions précises, de résultats... pas un.

et il viendra à Paris qui est incontestablement un centre d'instruction médicale admirable.

On parle de centralisation à outrance, mais elle a un motif. Les jeunes gens viennent en grand nombre dans la capitale faire leurs études. C'est vrai, mais quelle en est la raison? C'est qu'en province ils ont remarqué que les internes des hôpitaux de Paris font prime, qu'ils réussissent mieux que les autres et chacun veut essayer d'acquérir ce titre.

Nous croyons donc qu'il est bien difficile d'arrêter ce courant, car il a pour raison les énormes moyens d'instruction dont dispose la capitale.

Quant à ce qui est de l'enseignement universitaire, on ne peut rien en dire, puisque c'est à la Faculté que les élèves affluent, c'est pour être docteur de la Faculté de Paris que les étudiants s'y inscrivent et leur nombre augmente tous les jours. Il est cependant évident que, comme le disait la *Gazette des hôpitaux*, il y a quelque chose à faire et nous ne doutons pas qu'on le fasse.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Ainsi que nous l'avons annoncé mardi dernier, M. Chaput lit un long mémoire sur le traitement des anus contre nature, mémoire basé sur 35 observations personnelles. Nous allons le résumer rapidement.

On peut traiter les anus contre nature de quatre manières différentes: 1° par l'application de l'entérotome pour détruire l'éperon (entérotomie) suivie de l'oblitération de la fistule; 2° par la résection des deux bouts suivie de suture circulaire; 3° par l'entérorraphie longitudinale sans résection; 4° par l'entéro-anastomose.

L'*entérotomie* est indiquée pour les anus contre nature non compliqués, c'est-à-dire bien accessibles, avec une cloison mince et longue.

Avec un éperon long et mince, il est avantageux d'employer la méthode de Richelot: section entre deux pinces et suture immédiate; avec un épe-

Les comptes rendus de pareilles parlottes ne peuvent pas être captivants, cela va de soi, et je suis aussi éloigné que possible de vouloir jeter la pierre à ceux qui les font. Là où il n'y a rien, le roi lui-même perd ses droits. J'admire, au contraire, le mérite, la patience, l'effort de travail de ceux de nos confrères qui ont l'audace de tenter cette besogne. Il leur faut la robustesse et le triple airain dont parle Horace pour recommencer chaque jour le dur labeur dont on ne voit pas la fin. Sisyphe, roulant sans cesse son lourd rocher toujours retombant, n'était pas à pire supplice. Mais ce qui m'étonne, c'est que nos mœurs soient devenues telles, que ceux qui font la presse s'imaginent ne pas avoir le droit de supprimer à leurs abonnés une lecture de cette espèce. Si j'en juge par moi-même, le public médical pousserait un soupir de soulagement le jour où, rompant avec des habitudes aussi récentes que déplorables, les journaux ne s'encombreraient plus de ce fouillis indigeste dont le Congrès de Rome a fourni la plus copieuse matière qui se soit jamais vue.

Ces choses-là, pendant les quinze premiers jours, on essaie d'y comprendre peu ou prou et d'en tirer pied ou aile. Comme on n'y réussit point, on se contente, pendant les quinze jours suivants, d'essayer de les lire; et cela n'est pas aussi facile qu'on le croirait.

ron long et un peu épais, il est prudent de faire la section entre deux longues pinces qu'on laisse à demeure.

Avec un éperon divergent et court on peut, à la rigueur, employer l'entérotome, dont on fera des applications successives.

L'entérotomie est contre-indiquée lorsque l'éperon est très épais ou inaccessible, lorsque la brèche se referme par le mécanisme des plaies angulaires, lorsqu'il s'agit d'anus cruraux avec trajet très long et très étroit, bouts rétrécis et friables.

Après destruction de l'éperon, on fermera la fistule stercorale.

Les petites fistules sont justiciables de l'entérorraphie latérale avec deux étages de suture, avec ou sans ouverture du péritoine.

Les larges fistules siégeant sur une anse rectiligne peuvent être traitées, soit par la suture par abrasion, soit par l'entérorraphie latérale avec incision losangique pour empêcher le rétrécissement.

Pour les larges fistules à l'extrémité de deux anses perpendiculaires à la paroi, on peut employer soit l'entérorraphie latérale, soit plutôt l'abrasion qui rétrécit moins et n'ouvre pas le péritoine.

La résection intestinale est contre-indiquée d'une manière générale à cause des difficultés de la libération de l'anse, de la souillure inévitable des mains et du péritoine, et du mauvais état des parois intestinales.

Cependant, lorsque, au cours d'une entérorraphie latérale, l'intestin friable se déchire largement, il est indiqué de réséquer les deux bouts et de les réunir ensuite par les sutures appropriées.

Lorsque l'entérotomie est contre-indiquée pour une raison quelconque, il est avantageux d'employer l'entérorraphie longitudinale sans résection. On fait une incision circulaire à la peau autour de l'anus artificiel, on entre dans le péritoine et on attire à soi les deux bouts ; — on fait sur chacun d'eux une fente longitudinale dont on suture les lèvres homologues comme dans l'entérotomie de Richelot ; — on ferme ensuite l'orifice terminal, soit par invagination, soit par abrasion.

Cette opération est encore indiquée lorsque, au cours d'une entérorraphie

---

Au commencement du second mois, on se sent mouillé d'avance d'une petite sueur d'angoisse à la simple vue du titre. Puis, lorsqu'on en est rendu, comme maintenant, à la douzième semaine, et que l'obsession menace de se prolonger longtemps encore, on devient la proie d'une sorte de rage et, rien qu'en voyant au sommaire d'un numéro : « Compte rendu du 11e congrès, etc... », pour poli qu'on soit, on dit zut ! On le dit et on se promet bien de ne plus rien lire sur ce sujet.

Pourtant, par quelque fin d'après-midi maussade, quand on a vainement essayé de tromper son ennui, par mille subterfuges impuissants, quand on a feuilleté distraitement vingt volumes sans s'arrêter à aucun ; quand on a accumulé dans son cendrier les débris de nombreuses cigarettes et qu'on a cessé de prendre plaisir même à voir tomber la pluie ; bref, lorsqu'on est à bout de ressources, l'ennemi (je veux dire le compte-rendu du 11e) est là qui vous guette. Traîtreusement, insidieusement, il s'est arrangé pour vous rester à portée de la main. Vous le saisissez, vous l'ouvrez... ça y est, vous êtes pincé et vous refaites ce chemin de la croix, ces étapes de Juif-Errant, de Budapesth à Wiesbaden, de Kiew à Odessa, de Palerme à Prague, de Naples à Francfurth, à cheval sur des squelettes décharnés de communications médico-chirurgicales. L'aventure vient de m'arriver et je puis parler en connaissance de cause.

latérale on constate la présence d'un rétrécissement serrée du bout inférieur.

Elle est contre-indiquée avec un terrain friable et dans les anus cruraux (long trajet étroit, difficultés, friabilité de l'intestin, rétrécissement des deux bouts).

L'entéro-anastomose suivie de ligature des deux bouts à la gaze iodoformée, contre l'anastomose et l'anus contre nature, est une opération simple, bénigne et facile.

Elle est formellement indiquée :

1° Lorsque l'entétorraphie longitudinale est indiquée, mais non bénigne (intestin friable, anus cruraux) ;

2° Lorsqu'il existe un obstacle ou un rétrécissement à distance sur le bout inférieur ;

3° Avec une oblitération du bout inférieur ou interne de l'anus contre nature.

L'entéro-anastomose peut toujours être exécutée avec facilité ; elle ne comporte pas par elle-même de contre-indications.

Cette communication ne donne pas lieu à une discussion et la Société entend ensuite deux rapports ayant trait à la thérapeutique des fractures ou à leurs complications.

C'est d'abord M. Michaux, qui analyse une observation de son élève M. Lafourcade. Il s'agit d'une extirpation de l'astragale pour un pied-bot équin, consécutif à une fracture ouverte. Le talon était à 12 centimètres du sol et il n'existait aucun mouvement dans la mortaise tibiopéronière. Ceci n'avait rien d'étonnant, car l'opération démontra que l'ankylose était osseuse et il fallut creuser à nouveau les deux os pour pouvoir extirper l'astragale qui vint par morceaux. Le vingtième jour, la cicatrisation était complète et quelques mois plus tard M. Lafourcade put revoir son malade qui n'avait qu'un centimètre et demi de raccourcissement du membre inférieur opéré et qui pouvait faire des mouvements de flexion et d'extension de 40° à 50°.

Je ne m'en plains qu'à demi, cependant, parce que j'ai trouvé à ma peine une petite compensation. Le hasard s'est servi pour me la procurer d'une communication de M. Greco. Je venais de quitter MM. *Sklifasswosky*, de Saint-Pétersbourg, et *Kosinski*, de Varsovie, lorsque tout à coup, j'ai été transporté à Naples. J'ai reconnu tout de suite la ville aimable, au titre léger, gracieux, bon enfant du travail dont j'allais prendre connaissance : *Nouvel instrument pour la circoncision*. Je me suis senti du premier coup captivé. Après les truculents récits d'opérations à faire frémir, c'était un repos, un délassement que de revenir à cette jolie petite bluette presque gaie ; à cette chirurgie facile, qui ne mutile point, au contraire ; chirurgie d'orfèvre ou mieux, chirurgie de boudoir ou de cabinet de toilette, une vraie chirurgie de demoiselles.

Cela détend comme de détailler un Watteau ou un Fragonard, après les noirceurs de certaines peintures espagnoles ; comme de se laisser bercer au chant des vieilles mélodies, après s'être courbaturé à analyser du Wagner.

Et quel intérêt, songez donc ! une nouveauté à propos de la plus vieille chose qui soit au monde ! Car depuis six mille ans et peut-être plus que les hommes se « déprépucient », n'est-ce pas merveilleux qu'il y ait encore eu à inventer sur ce sujet ? Est-ce puissance de l'esprit humain ; est-ce lenteur de ses progrès ? peu importe. N'y a-t-il

La pratique suivie a été bien entendu excellente, c'est ce que fait ressortir M. Michaux qui, lui aussi, a dû intervenir dans des conditions à peu près analogues, quoique plus complexes. Il avait affaire, en effet, à une ankylose du genou compliquée d'une ankylose de l'articulation tibiotarsienne en équinisme. Ces mauvaises attitudes étaient la conséquence d'une fracture. Il pratiqua le redressement graduel de l'articulation fémoro-tibiale, enleva l'astragale et eut un résultat parfait.

Le travail de M. Roux (de Brignolles), qui fait l'objet d'un rapport de M. Nélaton, a une certaine importance en thérapeutique chirurgicale. Il sera, du reste, le point de départ d'une discussion qui commencera dans la prochaine séance et pour laquelle beaucoup de chirurgiens se sont déjà fait inscrire. Les fractures compliquées ont seuls été jusqu'ici l'objet d'une opération consistant à suturer les fragments. M. Roux (de Brignolles) conseille *ce traitement* dans les *fractures non ouvertes* et appuie son opinion sur des observations qui peuvent se classer en trois groupes.

Ce sont d'abord deux fractures de la clavicule, avec épanchement sanguin, c'est vrai, mais sans plaie, sans chevauchement exagéré et sans compression des cordons vasculo-nerveux. La suture au fil d'argent réussit admirablement. D'où M. Roux de conclure qu'il faut rejeter les anciennes méthodes qui exposent à des pseudarthroses, à un cal trop volumineux pouvant comprimer vaisseaux et nerfs et qui du coup assimile le traitement des fractures de la clavicule à celui des fractures de la rotule.

Il y a là une certaine exagération, dirons-nous avec M. Nélaton. Qu'on fasse la suture pour maintenir relevés des fragments déterminant des troubles de compression, rien de mieux ; mais, hormis ce cas, une intervention n'est pas nécessaire et n'est certes pas légitimée par un cal un peu saillant. Tout au plus faudrait-il faire une exception pour les jeunes filles.

Dans le deuxième groupe, il s'agit d'abord d'une fracture du fémur, qui présentait un raccourcissement de 9 centimètres, on dut pour la coaptation réséquer 3 centimètres de l'os et la suture pratiquée n'amena pas un résultat bien merveilleux, puisque M. Nélaton nous dit qu'on obtient mieux avec

---

pas là pour le penseur un abîme de réflexions ! Du silex éclaté, aux arêtes tranchantes, qui reséquait les fourreaux exubérants de nos premiers ancêtres aux cheveux jaunes, des coquilles coupantes qui rendent encore le même service aux sauvages en chocolat des îles chantées par Loti, jusqu'à la fine lame d'acier trempé emmanchée de nickel qui sert dans le même but aux civilisés du vieux monde, le chemin parcouru était long cependant et l'on pouvait croire sans prétention que tout le mieux possible avait été atteint. Toutes proportions gardées nous opérions le phimosis avec autant de netteté, d'élégance, de rapidité et de sécurité qu'on abat une tête et c'était, à beaucoup près, moins désagréable. Les procédés étaient identiques : une jolie petite glissière bien nette et bien unie que d'un mouvement rapide traverse l'éclair d'un tranchant, et c'était fait; Ricord avait dû s'inspirer de Guillotin. Catherine de Médicis elle-même nous aurait admirés, puisqu'après avoir si bien coupé nous savions si bien recoudre.

Or, c'est précisément là qu'était notre tort. Il paraît, c'est M. Greco qui l'affirme, qu'il ne faut point recoudre après avoir coupé. Il faut recoudre d'abord et couper ensuite. « J'ai inauguré — dit mon cauchemar de compte-rendu — un nouveau procédé dans le but de pratiquer la suture avant l'ablation du prépuce », vous voyez bien que je n'invente pas. Il lui a fallu imaginer pour cela un instrument. Je vais vous en dire le

l'appareil d'Hennequin. Même opinion, du reste, du rapporteur, pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus traitée de la même façon.

Le troisième groupe de M. Roux contient, au contraire, une observation très instructive. Il a pratiqué avec grand succès la suture osseuse pour une *fracture de jambe* qu'il appelle *grave*, disons pour une fracture fermée irréductible et incoercible. Il dut enlever un séquestre, rencontra une interposition du muscle jambier antérieur qu'il libéra et, à ce propos, M. Nélaton fait remarquer avec grande raison que, dans ces fractures de jambe on a coutume d'incriminer le chirurgien quand c'est à la thérapeutique en usage qu'il faudrait s'en prendre. Tout dernièrement encore, dans son service, il a appliqué lui-même trois appareils plâtrés, ses internes en ayant déjà posé deux et cela en l'espace de quinze jours, sans pouvoir arriver à corriger la déformation. Dans des cas semblables l'opération s'impose, peut-être la suture des fragments n'est-elle pas ici indispensable ; mais le fait capital est l'incision, qui permet de se rendre compte des obstacles qui s'opposent à la réduction et de les lever.

Citons encore un rapport de M. Delens, ayant trait à un travail de M. Page (d'Amiens) sur la suture des plaies de la sclérotique. Celle-ci est excellente dans les plaies de moyenne étendue. Il faut savoir toutefois qu'elle ne met pas à coup sûr à l'abri de l'infection, surtout si elle est faite trop tard ; mais, pratiquée de bonne heure, c'est une garantie. Elle s'oppose de plus à l'issue du corps vitré, évite les complications ultérieures comme le staphylome, donne une cicatrice plus régulière, et, enfin, abrège la guérison.

Pour pratiquer la suture de la cornée, il faut d'abord s'assurer de l'absence des corps étrangers dans l'intérieur de l'œil, passer les fils de dedans en dehors pour éviter les pressions sur le globe oculaire et, enfin, avoir soin de faire une suture conjonctivale par-dessus la suture scléroticale. Tels sont les points mis en lumière par le rapport de M. Delens.

Eugène Rochard.

---

nom parce que je l'ai là imprimé sous les yeux, mais jamais je ne pourrai m'en souvenir assez pour le prononcer correctement; je le confondrai toujours avec ce mot baroque des deux vers qu'on nous faisait apprendre en philosophie pour nous graver dans l'esprit les différentes formes du sillogisme. Cela commençait par : *Barbara, Eclarent, Darii*... etc... et se terminait par *Baralipton*. Voilà le mot que je confondrai toujours avec l'instrument de Greco, qui doit s'écrire « pasthiorapton » de πόσθιον, prépuce, et ῥάπτω, je couds. Moi je l'aurais appelé « pasthioraphe » d'abord pour éviter cette malheureuse rime, ensuite parce que les formes étymologiques dérivées du parfait des verbes ont, paraît-il, une allure plus distinguée que les autres — surtout quand on peut mettre la main sur un parfait second ; mais justement ῥάπτω n'en a pas — et enfin parce que tout ce qui se rapporte à la couture, en chirurgie, se termine en « raphe » mais, au fond, cela m'est indifférent.

N'attendez pas de moi, maintenant, que je vous décrive le baralip..., pardon, le posthiorapton, et la manière de s'en servir. Mon coquin de compte-rendu est, sur ces deux points, d'une obscurité d'apocalypse. Je n'y ai rien compris. Voici en peu de mots ce qu'il en ressort de plus clair : L'instrument à l'extrémité ovalaire (?) pour se bien adapter au sillon glando-préputial (!) cette extrémité présente une ouverture parallèle à

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

—

Etiologie infectieuse de l'hystérie. — Dans une leçon récemment publiée dans le *Montpellier médical*, M. Grasset a admis l'étiologie infectieuse de certaines hystéries. L'histoire clinique de cette névrose reste une et complète comme autrefois. Seulement, sans définir cette unité, on peut bien admettre des types cliniques divers des variétés cliniques. Il est impossible de nier que l'hystérie traumatique est un type tout à fait à part, notamment par sa ténacité et surtout par la fixité de ses manifestations. De même les hystéries toxiques et infectieuses ont un type spécial.

Et alors pour expliquer ces types variés, se présente une théorie toute hypothétique qui est cependant très défendable. Ce qui caractérise les hystéries toxiques et infectieuses, c'est qu'elles reproduisent quelquefois dans leur histoire certains traits de l'empoisonnement et de l'infection ordinaire. Dans l'hystérie saturnine les extenseurs sont paralysés, dans l'hystérie hydrargyrique on tremble, dans l'hystérie syphilitique on a de la céphalée, dans l'hystérie paludéenne il y a de l'intermittence, et chez une hystérique par morsure de chien enragé, observée par M. Grasset, il y avait tous les symptômes de la rage, même du satyriasis.

Au lieu d'admettre une idée d'imitation dont l'existence ne peut être établie, au moins dans beaucoup de cas, pourquoi ne pas admettre que le poison ou l'infection se localisent dans ces cas sur le système nerveux avec leurs habitudes spéciales et y déterminent un trouble qui reste seulement dynamique ou fonctionnel, tout au plus circulatoire, tandis que dans les cas plus sérieux on arrive à l'inflammation.

L'hystérie est une névrose du système nerveux tout entier, suivant les cas, la localisation se fait plutôt sur telle région ou sur telle autre, et c'est cette localisation anatomique principale qui en fait la caractérisation symptomatique.

Le plomb, le mercure, l'agent de la rage ou du paludisme, ont une tendance naturelle spéciale à se localiser sur telle ou telle partie du système nerveux, et peuvent y déterminer des altérations de profondeur diverse, altérations dynamiques, circulatoires ou organiques. Et alors on a la gamme des conséquences, allant de l'hystérie jusqu'aux lésions organiques, avec une symptomatologie analogue.

---

l'axe (?) de l'instrument et cette ouverture cache dans son fond quatre lamelles métalliques *fixes, mais* (sic) *solides* tout en étant *mobiles* entre elles. Dans la tige se trouve un cylindre terminé par un disque extérieur *doué* de mouvements d'avant en arrière et *vice versa*. Quand on pousse le disque d'arrière en avant, les lamelles métalliques sortent par l'ouverture et forment deux triangles mousses (?). à travers lesquels peut passer librement une aiguille de chirurgie spéciale (!)— Le mot n'est pas trop fort — qui sort de l'extrémité des triangles quand on fait rentrer les lamelles dans l'intérieur de la tige.

C'est gentil comme instrument, n'est-ce pas. Eh! bien, c'est encore infiniment plus drôle de s'en servir. Vous allez voir.

On introduit le *bararrapton* dans l'orifice du prépuce ; ici je copie : « on fixe l'extrémité de l'instrument à la naissance du prépuce, parallèle à l'axe *naturel* (?) du pénis. On tient l'instrument dans la main gauche et on pousse le disque d'arrière en avant avec la main droite. A ce moment, la région cutanée du prépuce correspond à l'ouverture de l'instrument et vient en face d'un triangle, pour être traversée d'arrière en avant ou d'avant en arrière par l'aiguille chirurgicale qui porte le fil. On la retire, qui ? l'aiguille, la région ou l'ouverture de l'instrument) par l'extrémité opposée et on

En d'autres termes, la névrose est le premier degré (dynamique ou fonctionnel) de l'altération produite par une cause quelconque ; l'appareil symptomatique restant le même, que cette altération soit au premier ou au second degré.

L'hystérie peut donc avoir des relations étroites soit avec les infections aiguës soit avec les infections chroniques.

Ses relations avec les affections aiguës constituent un chapitre bien utile à connaître en pratique ; en effet, on observe souvent des troubles moteurs des paralysies consécutives aux maladies aiguës. On y a vu d'abord des amyasthénies (Gubler), puis des lésions centrales (Landouzy), puis des lésions périsphérique (Déjerine) ; tout cela existe, mais ne constitue qu'une partie de ce chapitre ; il faut y ajouter le paragraphe des névroses qui occupe une place clinique importante.

Pour les affections chroniques, on peut comprendre l'existence de rapports entre la tuberculose et l'hystérie.

Les infections susceptibles d'entraîner l'hystérie sont très variées et complexes. Ce sont d'abord toutes les infections intérieures, les auto-infections, notamment d'origine gastro-intestinale.

On connaît la fréquence de l'association des troubles nerveux et des troubles dyspeptiques ; la fréquence de l'hystérie ou de la neurasthénie et de la lithiase biliaire, le tableau de l'hystérie grasse avec colique hépatique, viscéroptase, quelquefois entérite membraneuse, dyspepsie atonique et hystéro-neurasthénie marquée.

On a voulu rattacher ces cas au mécanisme général de l'hytérotraumatisme ; Potain a invoqué le traumatisme interne dans un cas d'hystérie consécutive à la colique hépatique, et Mme Bychoffstry vient de consacrer sa thèse à l'étude de l'hystéro-traumatisme interne. Exceptionnellement, après une très vive douleur, l'hystérie, venant par choc douloureux, peut venir de cette cause (et encore dans ces cas l'auto-suggestion n'est pas nécessaire), mais chez beaucoup de lithiasiques l'infection gastro-intestinale et l'infection biliaire peuvent certainement être tout aussi bien marquées.

Coprolithes. — M Demons a communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux un cas très curieux de coprolithes.

Il y a quelques années, on lui montrait à l'hôpital protestant un enfant né avec une imperforation de l'anus, pour laquelle on avait pratiqué une opération consistant dans

---

fait un premier point de suture. On recommence la même manœuvre jusqu'à suture complète. »

Bien cousu, confrère, maintenant il faut couper. Voici comme on s'y prend : « ... on fait une incision longitudinale au-dessus de chaque point et l'on arrête à un ou deux millimètres (sic), puis, on enlève les lèvres ainsi coupées par une incision transversale en prenant garde de n'intéresser aucun point de suture ».

Quand je vous disais, en débutant, que cette manie de résumer tout ce qui se dit à un congrès est aussi ennuyeuse qu'inutile à ceux qu'on condamne à cette lecture, n'avais-je pas cent fois raison ? et n'est-ce pas du temps absolument perdu que celui qu'on y consacre ? et lorsqu'on entre dans le troisième mois de cette mauvaise plaisanterie est-on, oui ou non, fondé à se plaindre et à réclamer ? Car l'agrément de la communication de M. Greco, si vif soit-il, ne compense pas suffisamment la monotone inutilité du reste et il n'est point sûr, d'ailleurs, que nous ayons, lors d'un prochain congrès, le moindre *posthiolipton* à nous mettre sous la dent.

Je me reprocherais, avant de vous quitter, de ne pas rappeler à vos méditations les termes dans lesquels on a annoncé au Monde qu'une Majesté avait donné l'ordre de lui enlever une loupe. Cette formule jette un jour amusant sur la compréhension que cer-

une simple incision de la région imperforée. Le méconium s'écoula, l'enfant vécut, mais bientôt un rétrécissement étroit se produisit. A travers ce rétrécissement, M. Demons put avec peine introduire l'extrémité de son petit doigt. Il reconnut, en outre, qu'il existait chez cet enfant, un abouchement anormal du rectum dans la vessie. Pour des raisons diverses, l'intervention fut différée.

Plusieurs années se passèrent ; dernièrement M. Demons revit son malade. La mère lui raconta que l'urine sortait par le rectum et que les matières fécales s'écoulaient par l'urètre ; récemment il s'était produit une rétention d'urine qui n'avait cessé qu'après l'expulsion d'un lombric par le canal uréthral.

L'ouverture anale était très rétrécie, mais avec une sonde de femme, M. Demons put explorer l'ampoule rectale et constater la présence d'un volumineux calcul qui, fuyant sous l'impulsion de la sonde, donnait exactement la sensation d'un calcul vésical.

Sous le chloroforme, il put facilement avec des tenettes appropriées extraire ce calcul; derrière lui, se trouvait une grande quantité de matières verdâtres et deux autres petites concretions calculeuses.

Le gros calcul a la forme et le volume d'un marron d'Inde ; il est formé de couches concentriques, friables, entourant un noyau dur.

Les deux autres petits calculs paraissent formés de la même substance, l'un d'eux s'est constitué autour d'un noyau de fruit.

Les calculs sont, à proprement parler, des enterolithes et non des coprolithes ; dans ce cas si particulier, le rectum n'est que l'aboutissant de la vessie ; il s'agit, en somme, de calculs vésicaux formés dans le rectum devenu occasionnellement réservoir urinaire.

Un cas de rougeole hémorrhagique. — M. Bonamy a communiqué à la Société de médecine de Nantes un cas de rougeole hémorrhagique.

Cette forme de rougeole (noire de Willan), fréquente autrefois, est devenue rare de nos jours.

D'Espine, Rillet et Barthez disent en avoir observé chacun un exemple. Car il ne faut pas confondre cette variété avec la forme ecchymotique, sur la bénignité de laquelle Veil a justement insisté, et qui, assez commune, s'observant surtout dans la rougeole boutonneuse et après le fastigium, est caractérisée par une teinte ecchymotique de

---

tains esprits ont de la majesté souveraine. A notre époque, cela fait l'effet d'un anachronisme énorme.

Cela ne vous rappelle-t-il pas le fait que raconte Victor Hugo dans un des chapitres de son William Shakespeare. où il dit que le médecin de je ne sais plus quel empereur du Bas-Empire, croyant tâter le pouls du puissant malade, dont le bras était caché sous les draperies du lit, fut détrompé en ces termes : « Erras, amice, hoc est membrum Nostrum, Imperiale, Sacrocesareum » !

FORMULAIRE

—

COLLODION IODÉ COMME ÉPILATOIRE

Alcool..................	12 gr.
Iode..................	0 — 75
Collodion..............	35 —
Essence de thérébentine.	1 — 50
Huile de ricin..........	2 —

M. D. A. — Pour l'usage externe; à appliquer sur les parties velues pendant trois ou quatre jours consécutifs.

l'éruption, dont on peut retrouver des traces au bout de dix à quinze jours sous forme de taches brunes et pigmentées.

Dans la rougeole hémorrhagique, au contraire, l'éruption sort mal, sa coloration est d'un rouge pâle, puis elle prend un aspect analogue à celui de la rougeole ecchymotique, mais, de plus, ne tardent pas à apparaître du côté des muqueuses, des épistaxis, des hématémèsis ou bien de l'hématurie (d'origine rénale, d'après Jaccoud), de la métrorrhagie ; du côté de la peau, des taches de vin, des ecchymoses plus ou moins étendues, tous ces symptômes accompagnés d'une dépression extrême.

Ici, rien de rassurant quant au pronostic : « Cette forme est heureusement rare », disent Rillet et Barthez.

« Plus les accidents hémorrhagiques surviennent tard, écrit de son côté d'Espine, plus il y a des chances que la vie se prolonge, et que parfois même le malade en réchappe. » Tel fut le cas du petit malade de M. Bonamy, âgé de 6 ans, assez débile, d'ailleurs, et dont le frère et la sœur venaient de présenter une rougeole normale.

FORMULAIRE D'HYGIENE

—

Technique de la balnéation (suite) (1)

2° *Bains par aspersion.* — Le bain-douche est la véritable solution du problème, le seul moyen d'obtenir une propreté convenable chez les paysans, les ouvriers, dans les écoles, les casernes et les prisons, les asiles de nuit.

Imaginé en 1875, par Merry Delabort, ce mode de balnéation est devenu réglementaire dans l'armée française ainsi que dans la plupart des armées étrangères. Il existe des établissements de ce genre dans toutes les grandes villes d'Allemagne et dans quelques écoles de ce peuple. En France, tout se réduit à des essais pour les écoles (2) à l'application du système dans les asiles de nuit et à la création de l'établissement de Bordeaux dont nous avons parlé (3).

On peut donner les bains par aspersion, de deux façons : avec une pompe et une lance, ou avec des douches en pomme d'arrosoir.

La première façon est usitée dans la plupart des casernes, c'est la plus simple. On fait chauffer l'eau dans une chaudière ordinaire, on la mélange, dans une bache avec l'eau froide ; une pompe à arrosage munie de sa lance et manœuvrée par un infirmier, la puise dans cette bache et la lance sur les hommes qui ont les pieds dans un bassin et qui se savonnent pendant que l'eau tiède leur coule sur le corps. La douche ne doit pas avoir trop de force, parce qu'elle ne doit produire aucun effet de percussion. L'aspersion finie, les hommes vont s'essuyer et s'habiller dans le vestiaire où ils ont laissé leurs habits. Chaque soldat est baigné deux fois par mois ; la dépense d'eau est de 6 à 8 litres par homme.

Dans les établissements destinés au public et dans quelques casernes récemment construites, comme celle de Schomberg, la douche se donne dans des cabinets où l'eau tombe en pluie du plafond, par des pommes d'arrosoir sous lesquelles le baigneur se place, se savonne et se lave en ayant de l'eau à discrétion. Il s'essuie et se rhabille ensuite dans un cabinet voisin.

---

(1) *Union médicale* du 2 juin 1894, p. 747.
(2) Bains-douches dans les écoles de Paris (*Union médicale* 1893, n° 33, p. 390.)
(3) Les bains-douches à Bordeaux. (*Union médicale*, 1894, n° 38, p. 451).

Le bain par aspersion peut se donner sans inconvénient, aux personnes bien portantes, à 18 degrés en hiver et à la température de l'eau courante en été; mais ce bain rais est désagréable pour les personnes qui n'y sont pas habituées et dangereux pour les valétudinaires.

Comme moyen de propreté et pour n'éloigner personne, il vaut mieux le donner à 28° ou 30° et ne jamais descendre au-dessous de 25°. La salle d'aspersion doit être maintenue à une température de 15 à 20°.

Le bain-douche doit être donné d'une façon très expéditive. La personne qui le reçoit commence par laisser couler l'eau pendant quelques secondes pour se mouiller tout le corps, puis elle se savonne et active l'ablution en faisant de nouveau fonctionner la douche pour enlever la mousse de savon. Elle se lave ensuite les pieds dans le *tub* et tout doit être terminé en trois ou quatre minutes. Dans les bains publics d'Allemagne, la durée moyenne du bain, avec le temps nécessaire pour se rhabiller, est de vingt minutes.

La quantité d'eau dépensée par chaque baigneur, dans les établissements, varie de 20 à 30 litres ; mais il faut, pour éviter le gaspillage, qu'elle soit limitée.

Cinq à dix grammes de savon suffisent pour savonner tout le corps sous la douche. Celui qui convient le mieux est le savon de Marseille.

Pour obtenir une propreté convenable, il faut prendre un bain-douche par semaine. Deux par mois constituent un minimum, c'est le régime du soldat.

Dans les établissements d'Allemagne, le bain, en y comprenant le savon et la serviette, coûte vingt-cinq centimes en moyenne. A Bordeaux, le tout n'en coûte que vingt.

COURRIER

—

Distinctions honorifiques. — A l'occasion du voyage à Lille de M. Viger, ministre de l'agriculture, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique : M. de Lapersonne, doyen de la Faculté de médecine de Lille, et Castelain, chargé de cours à la même faculté.

Officiers d'académie : M. Dutilleul, chef de clinique à la Faculté de médecine.

— M. le docteur Louïse (de Caen) a été nommé chevalier du Mérite agricole.

— Par décret, le trésorier de l'Association française de chirurgie est autorisé à accepter, au nom de ladite Association, aux conditions imposées par le testateur, le don que lui a fait le docteur Albert Demons, par acte authentique, d'une somme de 3,000 francs, qui sera placée en rente 3 0/0 sur l'Etat français. Les arrérages de cette rente aideront aux dépenses courantes de ladite Association.

— Le professeur Gussenbauer (de Prague) a été élu président du 24e congrès de la Société allemande de chirurgie pour 1895.

— Une pétition vient d'être adressée à la Chambre des députés de Bavière à l'effet d'obtenir l'autorisation de la crémation dans ce pays. Renvoyée à une commission, cette proposition a été repoussée par elle à l'unanimité moins une voix. Cette décision s'appuie principalement sur l'autorité de MM. von Pettenkofer et von Kerchensteiner.

Le premier n'est cependant pas un adversaire de la crémation ; mais il a seulement combattu quelques reproches faits à l'enterrement par les partisans de la crémation. Quant au second, partisan déclaré de la crémation dans certains cas (champs de bataille, épidémies, etc.), il s'est borné à déclarer que la crémation n'était pas nécessitée par l'hygiène de Munich.

— Le Tsar vient de donner une nouvelle preuve de l'intérêt qu'il porte au prochain

Congrès international de médecine qui doit se tenir à Moscou, en manifestant l'intention de contribuer pour 50,000 roubles aux frais de l'organisation du congrès.

— Voici, d'après le *British médical Journal*, des chiffres qui se passent de commentaires :

De 1836 à 1846, la mortalité à Paris des amputés pour traumatisme était, d'après Malgaigne, de 65 pour 100. Pendant la guerre de Crimée, la mortalité des amputations de cuisse était de 63,5 pour 100 (85 morts pour 134 opérations). Pendant la guerre de Sécession américaine, on pratiqua 3,949 amputations primitives ; la mortalité, suivant que l'amputation portait sur le tiers supérieur, moyen ou inférieur, fut respectivement de 50,7, 40,3 et 48,7 pour 100.

Voyons à une date plus rapprochée.

Les statistiques de Saint-Thomas Hospital donnent, pour la période de 1875-85, une mortalité de 12,8 pour 100 pour les amputations de toutes sortes.

La statistique de Page, à l'infirmerie de Newcastle on Tyne, 1879 à 1888, comprend 484 amputations avec une mortalité totale de seulement 7,6 pour 100.

Schede a réuni un total de 321 cas d'amputations antiseptiques, avec une mortalité atteignant seulement 4,4 pour 100, tandis que 387 amputations d'égale importance faites avant la période antiseptique donnent 29,18 décès pour 100.

Les statistiques de Dent, à Saint-Georges Hospital, montrent que, pour les amputations faites entre 30 et 40 ans, la mortalité en 1872-1874 était de 40 pour 100 ; de 1874 à 1888 elle n'est plus que de 14,2 pour 100.

De 1874 à 1879, la mortalité pour les amputations de tout âge était de 26,3 ; de 1880 à 1888, elle tombe à 18,8, et dans les dernières années, pour 341 cas, il n'y a plus que 21 mort, soit une mortalité d'environ 6 pour 100.

De 1852 à 1874 on compte 500 amputations avec 75 morts par infection purulente ; de 1874 à 1888 le chiffre des amputés est de 400, avec seulement 8 morts par pyohémie.

Le contraste et tout aussi remarquable pour les résections. En 1855-1857, 69 résections ont donné à Londres 13 morts, soit 18,8 pour 100 de mortalité. Il y a quelques années Wright, de Manchester, a rapporté 104 récsections de la hanche avec 3 morts.

Que vont dire les morticoles ?

— Le gouvernement danois se propose d'envoyer une expédition scientifique en Islande pour y étudier la distribution de la lèpre. Cette expédition est dirigée par le docteur Ehlers. Le professeur Neisser, de Breslau, a été invité à accompagner la commission danoise.

— Lu dans le *Munchener med. Woch.*, et rapporté sans commentaires.

« Je me permets d'informer MM. les médecins que je suis seul détenteur du droit de fabriquer :

« *Les tampons d'ouate antifécondateurs* (anticonceptionnellen watte-tampons) préparés sur les indications de M. le docteur F. S. K...

« (Voir sa brochure sur les moyens d'empêcher la fécondation, p. 29.)

« A. A..., pharmacien-chimiste,
« fabrique d'objets de pansements, à Munich. »

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

HYGIÈNE

—

L'industrie du blanchissage et les buanderies modernes (*suite*) (1).

3° *Savonnage.* — Pour compléter l'action de la lessive, il faut laver le linge à l'eau chaude et au savon. Cette opération se faisait autrefois à la main, en le frottant et en le soumettant à l'action du battoir ou de la brosse. Aujourd'hui, dans les grands établissements de blanchissage, on a recours à des *tonneaux-laveurs* mobiles autour d'un axe horizontal et mis en mouvement par la machine de l'établissement A mesure que la rotation s'opère, le linge est ramené au sommet de l'appareil, d'où il retombe sur la paroi opposée en se frottant contre lui-même au milieu du remous du liquide savonneux.

En dix minutes le linge est lavé dans toutes ses parties ; mais il faut que le tonneau fasse au moins dix-huit tours à la minute, pour que le linge soit suffisamment secoué. Le lavage mécanique réalise une grande économie de main-d'œuvre; le nettoyage est plus complet et l'usure beaucoup moindre qu'avec la brosse et le battoir.

4° *Rinçage.* — C'est le lavage à grande eau pure du linge qui a subi les deux opérations précédentes. Il a pour but d'enlever toutes les parties solubles savonneuses ou alcalines dont le tissu est imprégné.

A bord des bateaux-lavoirs, il se fait dans l'eau courante. Les lavoirs à terre ont pour cette opération un petit bassin placé en amont du grand et dans lequel coule l'eau encore vierge. Dans les grandes buanderies modernes, le rinçage se fait dans des tonneaux semblables aux tonneaux-laveurs. Le rinçage se complète par l'enlèvement des taches à l'aide des alcalins, et particulièrement par l'eau de Javel (2). Pour enlever la rouille, l'encre, on se sert de sel d'oseille (oxalade acide de potasse); les taches de nitrate d'argent s'effacent à l'aide des cyanures ; mais ces substances sont dangereuses à manier. Enfin, le linge fin subit le *passage au bleu* qui lui donne un aspect plus agréable.

5° *Séchage.* — C'est l'opération la plus difficile dans les grands centres de population. A la campagne, on étend le linge sur les buissons et sur l'herbe; dans les petites villes on le met sur des séchoirs en plein vent, il subit ainsi l'action de l'air et du soleil, qui le rendent plus blanc et détruisent les germes infectieux qu'il pourrait contenir encore. C'est le meilleur mode de séchage, mais dans les grandes localités la place manque pour y recourir. Les femmes sèchent leur linge dans leur petit logement. Il en résulte une humidité malsaine, persistante, qui ne se dissipe que très lentement.

(1) Voir *Union médicale* du 5 juin 1894, p. 953.

(2) Une ordonnance du préfet de police en date du 26 décembre 1887, a interdit l'usage, dans les lavoirs de Paris, du chlorure de chaux solide, qui détériore rapidement linge et laine et laisse après lui, dans les mailles du tissu, une poussière blanche de chaux divisée qui s'en échappe lorsqu'on le secoue.

C'est une cause d'insalubrité de premier ordre, et Tardieu la considère comme la cause la plus active des maladies constitutionnelles qui affligent les populations pauvres des grandes villes (1).

A Paris les lavoirs publics ont en grande grande partie fait disparaître cet inconvénient. Les laveuses des quartiers excentriques emportent leur linge chez elles à peine tordu ; mais les propriétaires accordent d'habitude un petit espace dans la cour ou le jardin pour le faire sécher. Les habitations ouvrières qu'on élève aujourd'hui ont dans leurs cours des petits séchoirs où les femmes étendent leur linge sur des tringles disposées à cet effet. Dans les quartiers du centre les laveuses font sécher au lavoir public. Là cette opération comprend deux temps distincts : l'*essorage* et le *séchage* proprement dit.

L'essorage peut se faire à la main par torsion ou par pression, mais ces manœuvres sont fatigantes, déchirent le linge et y laissent de grandes quantités d'eau. Dans tous les lavoirs publics, on se sert d'*essoreuses* mécaniques. Ces appareils sont basés sur le principe de la force centrifuge. Ils se composent d'un panier en tôle, cylindrique, criblé de petits trous sur toute sa surface et mis en mouvement par un axe vertical qui le fait tourner très rapidement dans un cylindre de fonte où s'amasse l'eau projetée. L'appareil est mu par la machine de l'établissement. L'opération dure quinze minutes ; elle enlève au linge les deux tiers de l'eau qui l'imbibait, le reste doit être éliminé par le séchage à l'air chaud ou à l'air libre. L'eau coûte dix fois moins cher à enlever avec l'essoreuse qu'à l'air chaud.

Le séchage peut se faire à l'air libre ou dans des pièces chauffées. Dans le premier cas, le terrain sur lequel on place le linge doit être exposé aux vents régnants et sablé pour réfléchir la chaleur. On y dresse des poteaux en séries parallèles distantes d'un à deux mètres. Sur ces montants sont tendus des fils de fer galvanisé. On en dispose deux par file en les écartant de quelques centimètres pour que les deux moitiés des pièces de linge posées à cheval ne se touchent pas et que l'air circule entre elles. Il faut mille mètres carrés de surface pour sécher par jour mille mètres carrés de linge. On peut également avoir recours à des séchoirs couverts protégés contre la pluie par des persiennes.

Le séchoir à l'air libre est incertain dans nos climats et, pour ne pas être à la merci des vicissitudes atmosphériques, les buanderies importantes ont toutes des séchoirs dont la température est entretenue par un calorifère ou par un système de tuyaux à ailettes chauffés par la vapeur. Celle qui se dégage du linge est entraînée par une ventilation qu'active le tuyau de fumée de la machine passant au milieu de la pièce, ou produite par une roue à hélice actionnée par l'arbre de couche. La température doit être maintenue entre 67° et 70° et ne doit jamais dépasser 90°; au-delà, le linge jaunit, devient dur et se détériore rapidement

Les premiers séchoirs à air chaud ont été installés en Angleterre. Ceux d'*Euston-Square* et de *Gonldston-Square* ont été longtemps cités comme des modèles (2). Aujourd'hui, en France, ceux du système Chasles sont considérés comme préférables.

(1) E. Beaugrand, article *Lavoirs*, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. 2e série, t. II, p. 98.

(2) Tardieu. *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*. 2e édition, t. II, p. 536.

Dans ce système, le séchoir représente une grande étuve de forme cubique divisée en deux compartiments séparés par une cloison et dont chacun est desservi par un chassis en fer à roulettes qui porte les tringles de suspension disposées parallèlement aux portes de l'étuve. Elles glissent l'une sur l'autre de façon qu'on n'ouvre jamais que la moitié de l'étuve et que le travail est continu. Un seul homme suffit pour assurer le service et pourtant le séchage à l'air chaud est dispendieux; les meilleurs calorifères consomment 1 kilogramme de houille pour extraire 4 kilogrammes d'eau. Ce système à l'avantage d'être expéditif et de faire sécher en peu de temps beaucoup de linge. Dans la grande buanderie, où le mouvement et la chaleur sont distribués par une même machine, il est plus économique que le séchage à l'air libre, parce qu'il économise le temps et la main-d'œuvre.

6° *Repassage.* — Le linge, une fois séché, est soumis au repassage. Cette opération consiste à faire passer des plaques de fer chauffées sur les pièces de linge encore légèrement humides ou humectées à cet effet. Dans certains pays, la plaque de fer est large et surmontée d'une petite caisse en tôle ajourée renfermant du charbon de bois incandescent. C'est le fer à repasser. Dans les buanderies de quelque importance, il y a des fourneaux spéciaux pour faire chauffer les plaques. Le repassage a pour effet de rendre le tissu du linge plus serré et de lui donner plus de solidité dans les parties qu'on a préalablement empésées. Les grands établissements de blanchissage ont des machines à repasser qui économisent le temps et la main-d'œuvre. Ce sont des cylindres chauffés par les générateurs de vapeur et mus par la machine, sur lesquels les pièces de linge se développent, se déroulent et se séchent en peu d'instants. On ne repasse ainsi que le linge plat; le reste, les chemises, les collerettes, tout ce qui s'empèse et doit prendre une forme, est repassé à la plaque.

Tous ces perfectionnements sont réalisés dans la buanderie de l'hôpital Laennec. Ses grands bâtiments, bien ventilés et bien éclairés, renferment quatre lavoirs divisés en compartiments et servant à *l'essangeage*, au *rinçage* et à *la mise au bleu.* Quant au lavage, il est effectué par six tonneaux laveurs; quatre autres sont destinés au rinçage. Le lessivage est opéré par six grandes cuves du dernier modèle et le séchage par quatre essoreuses et quatre séchoirs du système Chasles. Le repassage est fait, comme je l'ai dit plus haut, à la machine et à la plaque. La buanderie de l'hôpital Laënnec peut laver de 7 à 8,000 kilogrammes de linge par jour et fonctionne trois cent quatre jours par an; il en faudrait par conséquent six semblables pour assurer le service de tous les hôpitaux de Paris.

Ce bel établissament, que j'ai visité il y a quelques jours, fonctionne de la manière la plus satisfaisante et fait honneur à l'ingénieur qui l'a contruit et au mécanicien qui le dirige; aussi est-il question d'en élever un semblable à la Salpêtrière.

Il n'est pas nécessaire, pour profiter des progrès que l'industrie du blanchissage a faite, d'édifier d'aussi vastes établissements; on peut les réaliser dans les plus petits hôpitaux. Nous avons déjà cité celui de Villiers-sur-Marne, comme un modèle. Là, dans une série de petites pièces communiquant entre elles, on trouve: une étuve à désinfection, un lavoir et un rinçoir, deux lessiveuves, un tonneau-laveur, une essoreuse, un séchoir à air chaud et une machine à repasser. Le tout est mis en action par une

petite machine qui fournit en même temps la lumière électrique et dont la chaudière dispense la chaleur à tous les appareils.

II. Hygiène professionnelle. — L'industrie du blanchissage intéresse l'hygiène sous le double rapport de la salubrité publique et de la santé des blanchisseuses.

1° *Salubrité publique.* — Les lavoirs publics ont de nombreux inconvénients, lorsqu'ils ne sont pas hygièniquement établis et suffisamment éloignés des habitations voisines ; aussi ont-il été rangé dans la troisième classe des établissement incommodes et insalubres. Il y règne une buée continuelle qui pénètre dans toutes les constructions adjacentes, les dégrade et y entretient une humidité qui les rend parfois inhabitables. Cette buée est tellement épaisse que la lumière électrique ne la traverse pas. Il a été impossible jusqu'ici de s'en débarrasser. Tous les moyens employés à la buanderie de Courcelles ont échoué (1).

Les lavoirs sont également une cause des dangers pour la santé publique, par les eaux impures qu'ils déversent sur le sol ou dans les cours d'eau. Le comité consultatif d'hygiène de France et le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine sont intervenus, à diverses reprises, pour réglementer cette industrie. Ils ont déterminé le mode de construction des bâtiments, leur éloignement des maisons voisines, la hauteur de la cheminée des machines à vapeur, indiqué les moyens à prendre pour obtenir une ventilation efficace et réglé le mode d'écoulement des eaux. Elles doivent être dirigées, par un conduit souterrain, jusqu'à l'égout le plus voisin, et, dans les lieux où il n'y a pas d'égout, répandues en irrigation sur la terre, ou traitées par la chaux ou vendues pour l'extraction des matières grasses. Ces eaux sont, en effet, chargées de toutes les impuretés que le linge y a laissées et du savon qu'il a fallu employer pour le nettoyer. Elles renferment de plus des millions de germes, de bacteries dont un certain nombre sont pathogènes. L'eau d'essaugeage surtout en est très fortement chargée. Sous le rapport bactériologique c'est la plus impure de toutes celles qui traversent les villes. Elle l'est près de cinq fois plus que l'eau d'égout. Il résulte des observations de M. Miquel que l'eau d'essangeage des lavoirs de Paris renferme 26,000,000 de bactéries par centimètre cube, tandis que l'eau d'égout du grand collecteur prise à Clichy n'en renferme que 6,000,000. Dans ce nombre, il y en a environ 2,000,000 dont la virulence n'est pas à dédaigner (2).

De pareilles eaux sont un danger pour la santé publique. Dans les campagnes elles se déversent en sortant des lavoirs, sur le sol qu'elles transforment en un marais savonneux, ou dans des fossés sans issue, dans des citernes sans fond et souillant ainsi la nappe souterraine qui fournit la boisson des habitants Dans les villes, les eaux savonneuses s'écoulent dans des ruisseaux qui coulent à ciel ouvert et où elles stagnent souvent en répandant leurs émanations dans l'atmosphère ; enfin les rivières et les fleuves sont eux-mêmes contaminés par les lavoirs qui flottent à leur surface où sont établis sur leurs bords.

(1) Dans la grande buanderie de l'hôpital Laënnec, on est cependant arrivé à diminuer cet inconvénient, on y sent la vapeur d'eau, mais on ne la voit pas.

(2) Miquel, *De la richesse en bactéries des eaux d'essangeage.* Mémoire lu à la Société de médecine publique le 28 avril 1886. (Recueil d'hygiène et de police sanitaire, t. VIII, p. 388).

2° *Maladies professionnelles.* — La profession de blanchisseuse, bien que Ramazzini en ait tracé le plus sombre tableau, ne peut pas être considérée comme insalubre ; mais parmi celles qui sont dévolues aux femmes, il n'en est guère de plus pénible, surtout en hiver. Dans les campagnes, où le métier s'exerce sur le bord des ruisseaux ou des mares ; dans les petites villes où l'on ne connaît que les lavoirs en plein air, les blanchisseuses passent leur journée, agenouillées sur le sol humide, ou dans des caisses en bois, les mains et les avant-bras plongés dans l'eau glacée, savonnant et battant le linge de toutes leurs forces.

Les lavoirs des grandes villes ont un inconvénient diamétralement opposé. Les femmes y sont plongées dans cette buée dont nous avons parlé plus haut ; le travail fatigant auquel elles se livrent les met en sueur et lorsqu'elles sortent du lavoir, en emportant leur linge mouillé sur les épaules, elles sont sujettes à contracter des bronchites et surtout des rhumatismes. Gamberini a même décrit une névralgie rhumatismale qui leur est propre ; elle s'étend du bout des doigts jusqu'au pli du coude et a pour caractère particulier de s'exaspérer pendant la nuit.

Le séjour continuel des mains dans des eaux chaudes et alcalines cause souvent des gerçures et des éraillures douloureuses à la face dorsale et dans les plis interdigitaux. On accuse le chlorure de chaux d'en être cause, mais c'est à tort. On l'emploie en dissolution trop étendue pour cela. Le chlore qui s'en dégage ne peut pas davantage irriter les bronches. Le chlorure de chaux pour celles qui s'en servent est aussi inoffensif que l'eau de Javel.

Le jeu du battoir détermine à la longue un épaississement prononcé de l'épiderme de la main droite, la force déployée par la main gauche pour retenir le linge cause parfois la rétraction de l'aponévrose palmaire, la flexion des doigts et la formation d'un bourrelet calleux transversal, marqué surtout à la base des deux derniers doigts (1). La pression habituelle de l'avant-bras sur le bord du baquet y produit parfois des callosités ; mais ces déformations intéressent plus la médecine légale que l'hygiène.

La profession de repasseuse qui est distincte de l'autre, a, comme elle, ses dangers spéciaux. Aux inconvénients du séjour dans une atmosphère chaude et chargée d'humidité, vient se joindre la chaleur dégagée par les plaques et les vapeurs du charbon qui sert à les chauffer. Dans les pays où l'on se sert du fer à repasser qui porte avec lui un feu de charbon de bois incandescent, les repasseuses sont sujettes à la céphalalgie, aux vertiges, aux nausées, à tous les accidents, en un mot, que cause l'absorption de l'oxyde de carbone. Il paraît démontré que cette profession est une de celles qui paie à la tuberculose l'impôt le plus élevé. Les dangers sont diminués par l'invention des machines à repasser, dont nous avons parlé plus haut, et qui suffisent pour le linge uni.

Jules Rochard.

Des accidents du curettage utérin

Il a été beaucoup écrit sur le *curettage utérin*, on écrira beaucoup encore et malgré tout, il nous faut dire un mot de la discussion qui a eu récemment lieu à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Berlin Plusieurs

(1) Tardieu, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1re série, t. XLII, p. 193.

chirurgiens allemands sont venus y apporter des faits intéressants, parce qu'ils montrent combien dans certaines conditions cette petite opération du curettage de l'utérus peut être dangereuse.

Si une intervention a été rapidement adoptée par les chirurgiens et même les médecins, c'est certes bien celle-là ; mais il en a été fait un tel abus que, depuis quelques années, nous voyons une réaction se produire et des praticiens distingués la rejeter de plus en plus pour la remplacer par des pansements utérins; nous assistons même à ce fait curieux, c'est que lorsqu'on la propose à certaines malades, on voit un sourire ayant l'air de vous montrer qu'elles savent parfaitement ce que c'est et qu'elles n'attachent pas la moindre confiance à cette opération.

Il y a certes un peu d'exagération dans un sens comme dans l'autre. Le curettage est une opération excellente et rend les plus grands services ; mais il faut qu'il soit d'abord indiqué, ensuite bien fait et, enfin, que les soins ultérieurs soient donnés avec la plus grande rigueur antiseptique.

Beaucoup disent qu'après dilatation utérine avec des pansements intra-utérins bien faits, on arrive au même résultat. La chose est bien évidente ; mais il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, cette manière de faire est beaucoup plus longue et cela se comprend. Quand les fongosités forment une couche épaisse, il est plus rationnel de les détruire avec l'instrument tranchant et de se comporter dans la cavité utérine comme si on avait affaire à une plaie ordinaire.

Le curettage expose, il est vrai, à quelques dangers, dont le principal est la perforation de l'utérus ; mais ici il faut encore bien distinguer. Cette perforation est facile dans certaines conditions, elle est très rare dans les cas les plus communs. Quand on a affaire, en effet, à une métrite, l'utérus est surtout affecté dans sa muqueuse. Le tissu utérin est résistant, offre un plan solide sur lequel la curette peut s'appuyer et en allant avec précaution sans brusquerie, on est à peu près certain de ne pas sortir avec effraction de la cavité utérine. Il n'en est pas de même lorsqu'on a affaire à un utérus gravide qui vient de se vider incomplètement et dans lequel des débris placentaires retenus nécessitent une intervention.

Ici les tissus sont profondément modifiés, l'épaisseur des parois de l'organe est beaucoup diminuée. La cavité utérine a des dimensions irrégulières et quand il s'agit, avec la curette, de détacher les parties malades des parties saines, on est très exposé, même en y allant avec beaucoup de précautions, à faire une solution de continuité et à pénétrer dans la cavité péritonéale.

Ce sont des faits de ce genre que les chirurgiens allemands ont principalement cités ; mais, ce qui fait la particularité de ces observations, c'est que la déchirure était tellement grande qu'une anse intestinale avait pénétré dans la cavité utérine.

Dans le premier cas cité par Alberti, il s'agissait d'une femme de 32 ans, multipare, qui, après un retard de règles, fut prise de métrorrhagie. Le médecin, trouvant un écoulement sanguinolant fétide, un col dilaté. fait le curretage dans l'idée d'avoir affaire à un avortement avec rétention des membranes, et introduit dans l'utérus une pince afin de retirer un lambeau de membrane qui restait. Mais au lieu de la membrane, il ramène à la vulve une anse intestinale. Il pratique immédiatement le tamponnement du vagin

à la gaze iodoformée et fait transporter la malade à l'hôpital où Alberti exécute séance tenante la laparotomie. Une anse de l'intestin, d'une longueur de 17 centimètres, amenée à travers une déchirure de l'utérus, était tellement serrée dans l'orifice interne du col qu'on n'a pu la dégager qu'après section du col. L'anse fut replacée, l'utérus fermé par quatre sutures de Lembert, tellement il était aminci, et la femme guérit.

Dans la seconde observation de M. Veit, c'est encore une femme qui après un avortement, appelle un médecin qui essaie à l'aide d'une pince de retirer les membranes restées dans l'utérus après le curettage digital. Au lieu des membranes, il ramène à la vulve une anse d'intestin. Effrayé, il fait venir immédiatement M. Veit qui réduit l'anse prolabée après avoir agrandi la perforation de l'utérus, et pratique séance tenante l'hystérectomie vaginale. Bien que l'opération fut faite quelques heures après l'accident, l'opérée succomba à la péritonite septique.

M. Gusserow cite aussi un cas analogue où après le curettage on avait amené à la vulve de l'épiploon. Nous ne citerons pas l'observation de M. Orthmann — quatrième cas du même genre — nous dirons seulement que la malade guérit après avoir subi : 1° une hystérectomie ; 2° une entérectomie suivie d'entérorrhaphie.

Un cinquième cas de M. Olshausen est analogue. On fait la laparatomie et on résèque 30 centimètres d'intestin et la malade succombe à la péritonite suraiguë.

Nous ne citerons pas la sixième et dernière observation apportée par M. Martin, qui aurait été appelé pour opérer une femme chez laquelle le médecin aurait, à travers l'utérus déchiré, attiré hors de la vulve 75 centimètres d'intestin qu'il aurait arraché, le traitant comme un cordon ombilical.

Ces faits sont instructifs, ils montrent d'abord que ces interventions ne doivent pas être faites à la légère, mais par un homme exercé. Elles nous apprennent, de plus, ce qui est su depuis longtemps, mais qu'on ne saurait trop répéter, que l'utérus en involution se rompt avec la plus grande facilité ; mais ces accidents ne pourront pas porter atteinte au curettage qui, dans ces conditions, doit être pratiquée, sous peine de voir se déclarer les terribles accidents d'infection partie des débris placentaires retenus

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juin. — Présidence. de M. Ferrand

Cocaïno-morphinomanie

M. Comby lit une observation de cocaïno-morphinomanie qui lui a été envoyée par un médecin d'Alger. Le malade était arrivé à prendre des doses considérables de cocaïne et de morphine ; son état général était des plus mauvais. Il fut séquestré dans une maison spéciale ; la cocaïne fut brusquement supprimée et la morphine progressivement diminuée de telle sorte qu'au bout de huit jours le malade n'en prenait plus du tout. Il est actuellement complètement guéri et son état général s'est considérablement amélioré.

Un cas de typhus exanthématique observé à l'hôpital Tenon et suivi de mort

M. J. Comby : Le typhus dont nous avons eu l'occasion d'observer à Paris, l'année dernière, une épidémie, vient de faire une nouvelle apparition qui, pour être moins bruyante que la première, n'en est pas moins digne d'attention.

Le 18 mai 1894 entrait, dans mon service de l'hôpital Tenon, une jeune fleuriste de 25 ans, malade seulement depuis 3 jours, et présentant déjà une fièvre vive, un grand abattement, et un exanthème.

Je fus frappé tout d'abord de l'existence sur les membres et sur le tronc, de nombreuses mouchetures punctiformes ou miliaires rappelant le purpura, et quoique on m'eût dit que la malade avait de la vermine et des puces, je prononçai le mot de typhus, et, sans affirmer le diagnostic, je fis des réserves formelles et empêchai qu'on ne mît la malade dans la salle commune. Mais l'état devenant de plus en plus grave, et la nécessité des bains froids m'ayant semblé évidente, je laissai transporter la malade, de la petite chambre trop étroite où elle était isolée, mais non surveillée, dans la salle commune, à côté d'une autre jeune fille atteinte de fièvre typhoïde.

Malgré l'absence de diarrhée, l'absence de taches rosées lenticulaires, nous considérions le cas litigieux comme relevant de la fièvre typhoïde et nous le traitions comme tel.

Cependant l'état ne faisait qu'empirer malgré les bains froids, malgré la quinine, malgré l'alcool, la caféine et les toniques, la température restait très élevée, oscillant entre 40 et 41°, la respiration était entravée, les lèvres étaient cyanosées, le pouls montait à 130, 140, 150 par minutes. Il existait de plus, outre l'exanthème prétéchial, un tremblement, une trémulation générale de tout le corps et une prostration absolue. Dans les derniers jours, il se forma, d'abord aux deux talons, puis au milieu de la région trochantérieure droite, de larges plaques noirâtres, sphacéliques, que je considérai comme le résultat d'embolies septiques.

L'interrogatoire et les renseignements communiqués de divers côtés nous apprenaient ce qui suit :

Cette jeune fille avait eu la fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans, pas d'autre maladie. Elle a été prise le 16 mai, brusquement, de céphalalgie, de douleurs thoraciques, de nausées. En même temps, anorexie absolue, constipation.

La mère vient de mourir, quelques jours auparavant, à la suite d'une maladie aiguë qui avait aussi débuté brusquement, qui s'était accompagnée de délire, de constipation et d'exanthème. Il s'agissait d'un typhus exanthématique, comme l'enquête l'a révélé. C'est après avoir soigné sa mère et après avoir passé les jours et les nuits auprès d'elle que la jeune fille a été prise. Une sœur, plus jeune, a été prise également et a été transportée à l'hôpital Trousseau où notre collègue, M. Moizard, l'a soignée comme atteinte de typhus. Un frère enfin est également tombé malade et, si mes renseignements sont exacts, il est soigné, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duguet, pour une maladie qui parait bien être le typhus. Un frère aîné avait également été atteint. En somme, 5 membres de la même famille, vivant d'ailleurs dans de mauvaises conditions hygiéniques, ont été pris simultanément ou successivement d'accidents morbides identiques (début brusque, céphalalgie, fièvre, exanthème) qu'on ne peut ranger sous une autre étiquette que celle de typhus.

La malade, que j'ai soignée à l'hôpital Tenon, n'a cessé d'avoir de l'hyperthermie ; 4 fois la température a atteint ou dépassé 41° ; pendant près de 3 semaines, la courbe thermique a constamment oscillé entre 40 et 41°. Les bains froids n'ont pu amener la moindre dépression ; bien plus, ils étaient mal supportés et j'ai été obligé de les interrompre. Il n'y avait pas de délire, la connaissance était conservée, mais la malade était

abattue à un degré excessif et surtout elle présentait cette trémulation incessante et générale si souvent observée dans le typhus.

La malade a succombé après 22 jours de maladie.

L'autopsie, faite le 8 juin, a montré l'intégrité absolue des plaques de Peyer et des follicules clos (la malade n'avait d'ailleurs jamais eu de diarrhée ni taches rosées); la rate était grosse et un peu ramollie, elle pesait 328 grammes; le foie était gras et mou il pesait 1320 grammes. Le poumon droit présentait, dans sa moitié inférieure, les tubercules en voie de caséification. Le cœur était le siège des lésions que nous n'avions pas reconnues pendant la vie; sur les bords des valvules aortiques et mitrales existaient de petites végétations friables, qui pouvaient expliquer les plaques escharétiques des régions olécrâniennes et trochantériennes.

Sur le cadavre, les mouchetures pétéchiales, qu'on avait constatées pendant la vie, persistaient encore.

Jusqu'à présent, malgré l'absence d'isolement et de désinfection, aucun cas intérieur ne s'est déclaré à l'hôpital Tenon.

M. Rendu a observé quelques cas non douteux de typhus dans son service.

M. Chantemesse. — Des cas de typhus se sont produits dans tout le nord de la France, de la Normandie aux Vosges. Dans la Somme, tout vagabond malade est considéré comme atteint de typhus et isolé. On arriverait peut-être, si cette mesure était générale, à faire disparaître l'affection.

Sur l'anatomie pathologique de l'ostéite déformante de Paget

MM. Gilles de la Tourette et Marinesco. — Nous avons fait l'autopsie d'un homme de 49 ans qui succomba à des accidents asphyxiques au cours de l'ostéite déformante de Paget. Entre autres particularités il existait une hypertrophie des os du crâne et de la face, de certains métacarpiens et métatarsiens rappelant par certains côtés l'acromégalie. L'examen chimique des os fait par M. Cathelineau, montra que la proportion des matières organiques du squelette était inférieure d'un tiers à la normale. M. Gombault qui fit l'examen microscopique des os, constata les lésions de l'ostéite raréfiante. Mais les lésions véritablement particulières et non décrites jusqu'à ce jour, siègent dans la moelle épinière, principalement dans la région dorsale, où on constate à l'œil nu après durcissement, une grosse altération avoisinant le sillon postérieur et la zone radiculaire postérieure. Les fibres à myéline avaient disparu en grande partie, sans que le microscope montrât leur dégénérescence vraie; de même le tissu de soutènement était plus abondant qu'à l'état normal sans être véritablement sclérosé. La lésion n'en était pas moins considérable, évidente. Elle acquiert au point de vue de la pathogénie de l'ostéite déformante une grande importance, si l'on considère qu'elle siégeait dans une région voisine de celle qui est altérée dans le tabes et qui semble présider à la trophicité des os si complètement touchés dans l'ostéite déformante de Paget. Ajoutons que rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner la lésion médullaire.

M. Chauffard a soigné récemment une dame, âgée de 86 ans, et sa fille, âgée de 60 ans environ, atteintes toutes deux de maladie de Paget, ces deux malades étaient, en outre, atteintes de démence sénile. Cette hérédité directe de la maladie de Paget, doit être exceptionnelle. Elle a même été niée par plusieurs auteurs.

MM. Gilles de la Tourette et Marie n'ont jamais, pour leur part, observé de ces héréditaires.

Disparition du premier bruit cardiaque à la base et pronostic de la fièvre thyphoïde

M. Galliard communique l'observation d'une jeune fille de 17 ans atteinte de fièvre typhoïde, au cours de laquelle on constata de l'affaiblissement cardiaque, la disparition du premier bruit à la base et un soufle systolique à la pointe ; ces phénomènes s'accompagnèrent de cyanose de la face et des extrémités.

La malade guérit complètement, sans avoir eu de collapsus cardiaque et après avoir fait une rechute de fièvre typhoïde.

La disparition du premier bruit est rare. M. Picot (de Bordeaux) insistait récemment sur la valeur pronostique de ce phénomène ; les deux malades dont il rapportait l'histoire moururent. L'observation de M. Galliard démontre cependant que la disparition du premier bruit cardiaque ne comporte pas toujours un pronostic fatal.

M. Siredey partage sur ce point l'avis de M. Galliard ; il a recherché systématiquement la disparition du premier bruit dans les maladies infectieuses qu'il soigne à Aubervilliers, et il a vu bien des malades guérir qui présentaient ce signe.

M. Hayem. — La disparition du premier bruit cardiaque n'est, le plus souvent, pas complète ; il suffit de faire asseoir le malade pour percevoir de nouveau ce premier bruit qu'on n'entendait plus quand le malade était couché.

M. Chauffard soigne en ce moment un malade atteint de fièvre typhoïde à forme cardiaque : bruits du cœur sourds, mous, mal frappés ; en même temps élévation de la courbe du pouls montant à 120 et 140 ; puis, depuis quelques jours, redescendant à 96, et 75 ; évolution en sens inverse de la courbe de la tension artérielle s'abaissant d'abord à 9 et à 8 (sphygmo-manomètre de Potain), puis se relevant progressivement jusqu'à 16 à mesure que le pouls diminuait. Le malade est actuellement en voie de guérison.

Pouls lent permanent avec état syncopal et attaques épileptiformes

M. Hanot communique sur ce sujet une observation avec autopsie. Celle-ci démontra l'existence de lésions de sclérose périvasculaire dans la moelle, le bulbe, le cerveau, le cervelet. Mais c'était surtout dans ce dernier organe qu'elles étaient prédominantes et remarquables. Pas d'albuminurie.

La pathogénie du pouls lent étant encore très obscure il n'est pas inutile de rapporter es faits dans lequels de telles lésions ont été rencontrées. Ils jetteront peut-être un jour quelque lumière sur l'origine et la nature de l'affection.

BIBLIOTHÈQUE

Hygiène de l'alimentation, du docteur J. Laumonier. — 1 vol. in-12, avec gravures, en élégant cartonnage anglais, Félix Alcan, éditeur.

L'*Hygiène de l'Alimentation* est divisée en quatre parties : la première n'est qu'un bon résumé d'anatomie et de physiologie. Dans la seconde, d'une importance pratique considérable, l'auteur explique à quelles conditions les aliments sont digestes, agréables et sains ; il décrit les procédés de préparation et de cuisson ; il apprend comment il faut *stériliser* les aliments, c'est-à-dire les débarrasser de leurs parasites et de leurs microbes, — et comment on obtient les conserves. La troisième partie est consacrée à l'alimentation des personnes bien portantes, suivant l'âge, le sexe, les occupations, le travail physique ou intellectuel qu'elles doivent fournir ; des chapitres spéciaux sont réservés aux rations alimentaires des enfants, des collégiens et lycéens (filles et garçons). Enfin la quatrième partie ne s'occupe que du régime alimentaire des malades.

Les régimes généraux (régime lacté, régime surabondant, etc.), puis les régimes particuliers des obèses, des maigres, des goutteux et graveleux, des diabétiques, des albuminuriques, des dilatés, des dyspeptiques, des constipés, des fiévreux, des typhoïques, des phtisiques, des chlorotiques, des anémiques, des cardiaques, des neurasthéniques, etc., sont successivement étudiés avec détails et précision, et M. Laumonier les complète, quand il y a lieu, par l'indication des exercices physiques, des moyens hydrothérapiques et pharmaceutiques qu'il est bon d'adjoindre au traitement alimentaire.

COURRIER

L'infection purulente et les compagnies d'assurances contre les accidents. — Les compagnies d'assurances contre les accidents n'ont pas résolu de la même façon la question de l'infection purulente accidentelle si importante pour les médecins, pour qui elle constitue un danger professionnel. La plupart des compagnies n'admettent l'infection purulente comme motivant l'indemnité d'accident que lorsqu'elle s'est produite à la suite d'une blessure extérieure qui est elle-même un accident (par exemple à la suite d'une coupure involontaire avec un instrument). Par contre, les deux grandes compagnies allemandes d'assurances contre les accidents, la *Victoria* de Berlin et la *Société par actions, d'assurances contre les accidents de Cologne* admettent à l'indemnité toute infection purulente consécutive à une blessure extérieure quelle qu'elle soit ; elles reconnaissent, par exemple, comme accident, l'infection purulente ayant son point de départ dans des gerçures des mains.

Pour enlever tout doute à ce sujet, les deux Sociétés se sont déclarées prêtes à insérer dans leurs polices, une clause qui interprète le mot de blessure extérieure en l'étendant formellement à toute lésion cutanée insignifiante, écorchure, crevasse, etc., quelle qu'en soit la cause.

— M. Cornil a déposé sur le bureau du Sénat son rapport sur le projet de loi relatif à l'assainissement de Paris et de la Seine. Ce rapport cenclut à l'adoption du projet voté par la Chambre des députés.

— Le Conseil d'administration des hôpitaux de Hambourg vient de décerner des médailles commémoratives aux médecins qui ont pris part au choléra pendant l'épidémie de 1892.

Congrès français de chirurgie. — La 8e session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Lyon, à la Faculté de médecine, le mardi 9 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Tillaux. La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à neu heures du matin.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° Etiologie et pathogénie du cancer ; 2° Chirurgie du rachis.

Des visites dans les hôpitaux seront organisées par les soins du comité local.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8. Pourtous les renseignements concernant le Congrès, on pourra s'adresser à M. Félix Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain.

L'ouverture de la session à Lyon devant entraîner pour le Comité un surcroît de travail considérable, M. Picqué prie, en son nom, de vouloir bien, dans le cas où un membre aurait une communication à faire, lui envoyer le titre et le résumé au plus tard le 15 août.

Hôpital de Moisselles. — A l'une des dernières séances du Conseil municipal, M. le Dr Navarre a présenté un rapport sur le transfert à titre temporaire, dans un immeuble sis à Moisselles, d'un certain nombree d'enfants de l'hôpital de Berck-sur-Mer, atteints

de la teigne. La dépense, évaluée à 60,800 francs, permettra l'installation de 200 lits. M. Deschamps s'est opposé à ce que l'immeuble de Moisselles soit détourné de sa destination première même à titre temporaire et propose d'ouvrir un crédit de 80,000 francs pour l'installation à Berck de baraquements d'isolement. Après une longue discussion, les conclusions de M. Navarre ont été adoptées.

— Les maladies contagieuses communes a l'homme et l'animal. — M. Audiffred, député de la Loire, vient de déposer comme amendement au budget un article créant une caisse des épizooties pour couvrir les dépenses d'abatage des animaux atteints de maladies contagieuses, y compris la tuberculose, cette caisse sera alimentée par des taxes perçues dans le abattoirs, etc.

Sur le produit de cette taxe, il sera opéré un prélèvement de 1 p. c. pour développer les études et recherches scientifiques expérimentales, entreprises dans les cliniques et les laboratoires des écoles vétérinaires et dans les laboratoires agréés par le Ministre de l'agriculture, en vue de trouver les moyens de guérir les diverses maladies contagieuses du bétail, particulièrement celles qui sont communes à l'animal et à l'homme.

Ce serait, annuellement, un crédit de 70,000 francs pour les laboratoires.

— On croit, en général, que le noyé, quand il va passer de vie à trépas, supporte des sensations des plus pénibles. Eh bien, non ! s'il faut en croire la *Revue scientifique* qui donne le récit d'un Américain en termes suivants :

« Notre baigneur avait coulé comme une pierre ; ses bras tombent inertes le long de son corps et il se trouve étendu sur le fond de la rivière.

« Il était dans un état de demi-inconscience, et voyait tous ses parents, tous ses amis l'entourant en foule et le regardant les yeux plein de larmes. Tous les événements de sa vie passaient lentement devant sa vue, bonnes ou mauvaises actions ou même choses fort indifférentes. Il se rappelait avec une netteté absolue les faits les plus minimes de sa vie, de tout petit enfant quand il était à l'école. « Je sentais bien, dit il, que je me noyais et je me souviens que je pensais : ce n'est pas, après tout, si douloureux de se noyer ! Mais je me demandais où l'on pourrait bien retrouver mon corps, je frissonnais à la pensée que jamais peut-être il ne serait retrouvé ; je cherchais aussi à deviner si mon camarade s'était aperçu du malheur qu'il avait involontairement causé, s'il plongeait ou non pour me repêcher. Puis je me représentais mon enterrement, j'entendais es cailloux résonner sur mon cercueil descendu au fond de la fosse, et enfin je songeais que bientôt les mères citeraient ma mort à leurs enfants pour leur faire peur. Je percevais des tintement dans les oreilles, des sons de cloches venant d'une certaine distance. » Ce sont ensuite des sensations visuelles : notre noyé aperçoit des tableaux des plus colorés, où s'entremêlent toutes les couleurs de l'arc-en-ciel ; ces tableaux l'enchantent, et il ne ressent ni crainte ni souffrance. Tout s'apaise autour de lui, les bruits de toutes sortes s'évanouissent ; il lui semble jouir d'un bien-être tout particulier, par une température qui ne serait ni trop chaude ni trop fraîche. Puis il se sent s'élever de terre, flotter dans l'espace, de plus en plus haut, et regarder le monde étendu à ses pieds.

« Il était évidemment à cet instant aussi près que possible de la mort. A partir de cet instant il ne voit plus rien, jusqu'au moment où il se retrouve étendu sur l'herbe, ayant auprès de lui son ami, qui l'a repêché et a réussi à le ramener à la vie au moyen de frictions et de pratiques de respiration artificielle très prolongées. »

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN

—

De l'ictère émotif

Nous avons en ce moment dans nos salles deux malades atteints d'ictère. L'un est un homme rhumatisant qui présente un ictère catarrhal ; aussi nous avons pensé que la médication antirhumatismale pouvait lui être utile, et, en quelques jours, sous l'influence du salicylate de soude, il est entré en convalescence. L'autre malade est une jeune femme qui n'est pas rhumatisante et qui attribue sa jaunisse à une violente colère ; on peut donc ranger sa maladie dans la catégorie des ictères émotifs.

Dans cette catégorie, il y a des cas où l'ictère est instantané et se produit immédiatement après l'émotion qui en est cause ; dans d'autres cas, l'ictère ne se produit, comme chez notre malade, que quelques heures, un à deux jours et même davantage après l'émotion ressentie. Le mécanisme est-il le même dane les deux cas ? Souvent l'ictère émotif s'accompagne de conditions capables à elles seules de produire l'ictère ; ainsi, pendant longtemps on a cru à une simple coïncidence et on a cousidéré comme une fable l'histoire de l'ictère émotif.

Il existe cependant des faits où l'influence émotive est aussi évidente que possible. Je vous ai déjà rapporté des cas d'ictère instantané. Vous connaissez l'observation de Bouillaud : un homme est en train de faire sa barbe, quand on vient lui apprendre une nouvelle désastreuse ; en reprenant son rasoir, il s'aperçoit qu'il est devenu jaune. J'ai cité déjà cette jeune fille qui, descendue dans une cave, y est inopinément mordue par un rat, très effrayée, elle se sauve et une personne qui la rencontre la trouve jaune. C'est un homme surpris par les fédérés et sur le point d'être fusillé, sa femme, qui assiste à l'exécution le voit brusquement devenir jaune, quand les Versaillais arrivent et le sauvent. C'est encore un duelliste qui, sur le terrain, devient brusquement si jaune que l'arme tombe des mains de son adversaire. De même un homme reçoit un soufflet ; furieux, il se jette sur son adversaire, on l'arrête et on constate qu'il est devenu jaune. Encore un fait : c'est un jeune prêtre qui regarde tuer un chien enragé ; au moment où ce dernier reçoit la balle, il bondit, casse sa chaîne et vient expirer aux pieds du prêtre ; celui-ci vivement effrayé tombe à terre et se relève absolument jaune. Ce sont là des faits évidents.

Souvent l'ictère n'apparaît pas tout de suite. En 1882, j'ai observé à Necker une jeune fille qui s'était mise fortement en colère ; quelques heures après, ses yeux étaient devenus jaunes et l'ictère s'était progressivement accentué. Dans un cas, une femme de 31 ans eut un ictère huit heures après l'accident qui en avait déterminé l'apparition. Un médecin de Montpellier a rapporté le cas d'un interne devant qui un de ses camarades, par plaisanterie, avait la nuit figuré un revenant. L'interne fut vivement effrayé par cette apparition nocturne ; le lendemain, il était jaune. On a rapporté l'ob-

servation d'une jeune fille des environs de Bordeaux qui avait été très impressionnée par les reproches de son père ; quelques heures après, elle était tout à fait jaune. Le docteur Noblet rapporte le fait d'une femme qui, assistant au déchargement d'une voiture de pommes de terres, voit une avalanche de ces pommes enfouir l'homme qui était devant elle ; elle eut une émotion violente ; l'ictère apparut le lendemain. Enfin Hardy a rappelé l'histoire d'un jeune cocher de fiacre qui laissa son cheval s'emballer ; ce jeune homme en fut quitte pour la peur, mais le lendemain il était complètement jaune.

Il est assez fréquent de rencontrer une émotion morale à l'origine de l'ictère, mais on n'y attache pas l'importance qu'elle mérite. La nature de l'émotion est variable ; le plus souvent, c'est une émotion terrifiante; quelquefois, comme chez notre malade, c'est une violente colère. Voyons par quel mécanisme l'ictère se produit.

L'ictère instantané s'explique assez facilement par les modifications de pression entre les capillaires sanguins et les capillaires biliaires, modifications telles que la pression est beaucoup plus forte dans les capillaires biliaires que dans les capillaires sanguins. Normalement, la pression biliaire est supérieure à la pression sanguine ; chez les animaux, même sans ictère, on constate ce fait ; seulement, la pression biliaire est très variable, en sorte que les résultats des expérimentations ne donnent peut-être pas la mesure exacte de ce qui existe en réalité. En tout cas, si artificiellement on exagère la pression dans les capillaires biliaires, on voit la bile passer dans le sang.

Vous savez que si, avec le manche d'un scalpel, on tapote sur l'abdomen d'une grenouille, les vaisseaux sanguins se distendent énormément, tout le sang de la périphérie semble se réfugier dans la cavité abdominale. Le même fait peut se produire sous l'influence de l'excitation des centres nerveux corticaux, comme Franck l'a montré. Il y a alors un abaissement de pression dans les capillaires sanguins du foie en même temps qu'une augmentation de pression dans les capillaires biliaires. Toute émotion forte n'est pas suivie d'ictère ; mais je vous ai dit que la pression est très inégale dans les canaux biliaires, tantôt elle est assez forte, tantôt elle est faible, tantôt même elle est nulle. On conçoit que si les variations de pression se font au moment où celle-ci est très élevée dans les capillaires biliaires, l'ictère se produise rapidement. Ces modifications de pression ne sont pas tout ; M. Laborde a montré que les voies biliaires sont contractiles, toute excitation amène une rétraction lente de leurs parois, et cette rétraction élève la pression. M. Lépine, ayant introduit dans leur cavité un tube et un manomètre, a vu la pression s'élever en quelques minutes sous l'influence des excitations. Si toute émotion ne produit pas ces effets, c'est qu'il s'agit encore ici d'une influence réflexe ; or, les réflexes sont variables, ils se portent sur un endroit ou sur un autre, ils se diffusent partout, mais il se rencontre des organes plus ou moins sensibles. L'ictère immédiat n'a en somme rien de mystérieux et l'explication en est facile.

Il n'en est plus de même quand l'ictère se produit un temps plus ou moins long après l'émotion. Le spasme ne peut l'expliquer, car il ne peut durer très longtemps ; de même, une paralysie vasculaire, qui laisse les vaisseaux se distendre, n'entraîne qu'un abaissement momentané de pres-

sion, celle-ci s'élève bientôt par baisse de la réplétion des vaisseaux. Il faut donc chercher d'autres causes. Or, si on étudie attentivement les faits où l'ictère est apparu tardivement, on constate qu'entre l'émotion causale et l'ictère consécutif, le malade a présenté des symptômes d'embarras gastrique ; de la perte d'appétit, de la diarrhée ou de la constipation, de la céphalalgie, du brisement des membres, de la courbature. Précisément, l'embarras gastrique seul peut déterminer de l'ictère par infection des voies biliaires, par tuméfaction consécutive de la muqueuse des conduits, même quelquefois par la production d'un bouchon muqueux au niveau de l'ampoule de Vater.

Mais comment comprendre qu'une émotion morale puisse produire de l'embarras gastrique ? C'est d'abord un fait certain, et vous savez que des chagrins prolongés entraînent souvent la perte de l'appétit, que la peur peut produire la diarrhée. L'explication de ces faits est assez délicate. Le système nerveux agit sur la motricité des voies digestives, tantôt il l'accélère, tantôt il la ralentit ; il règle aussi la circulation et même la sécrétion intestinale. Or, l'embarras gastrique qui produit l'ictère est une maladie infectieuse, fait sur lequel M. Chauffard a justement insisté ; il survient souvent sous forme d'épidémies, épidémies locales, épidémies de maison : il y a aussi des influences saisonnières manifestes. Quelle relation peut-il exister entre l'émotion et l'infection ? Nous voici revenus à l'étonnement qu'éprouvèrent les médecins au début des recherches bactériologiques. Cette relation existe et elle n'est pas impossible à expliquer. Le tube intestinal est rempli de substances nocives et d'organismes prêts à envahir l'économie ; mais, à l'état normal, les glandes intestinales, les conduits biliaires et la bile sont aseptiques. Cet état peut se modifier ; les glandes et les conduits peuvent s'infecter. Il semble que plus une glande secrète abondamment, moins elle se laisse facilement envahir par les microbes. Or, les sécrétions sont réglées par le système nerveux, et de cette façon le système nerveux peut préparer l'infection. Je n'ai malheureusement aucun fait démonstratif à vous citer, mais cette hypothèse me paraît assez rationnelle.

Pour ce qui regarde les voies biliaires, elles paraissent préservées à l'état normal par le flux abondant de bile auquel elles livrent passage, car la quantité de bile qui les traverse en vingt-quatre heures n'est pas inférieure à la quantité d'urine qui traverse les voies urinaires dans le même temps. La bile même est antiseptique ; M. Rendu en a cité dernièrement un exemple curieux, il s'agissait d'un malade chez qui des accidents graves du côté du foie avaient fait songer à un abcès.

A l'autopsie, on trouva dans le foie des abcès multiples, mais aseptiques Le contenu des voies biliaires était rempli de streptocoques, mais ceux-ci étaient inoffensifs ; les inoculations et les cultures restèrent stériles. La bile peut donc enlever toute virulence aux microbes. Cependant, ce pouvoir antiseptique de la bile n'est pas toujours le même ; et vous pouvez ainsi comprendre comment une même émotion peut n'être suivie d'aucun effet ou, au contraire, produire des désordres variables ; comment elle entraîne ici des modifications passagères et mécaniques et là des accidents infectieux ; des accidents limités chez l'un à l'estomac et à l'intestin, étendus chez l'autre aux voies biliaires et suivis de l'apparition d'ictère.

Vous devinez comment le pronostic de l'ictère émotif n'est pas toujours

le même. L'ictère émotif instantané dure ordinairement cinq à six jours. je ne connais pas de fait d'ictère émotif primitif qui ait été grave. Mais il n'en est pas de même de l'ictère catarrhal, et l'ictère émotif secondaire se comporte comme l'ictère catarrhal. Dans certains cas, d'ailleurs, les deux influences se combinent, et l'ictère émotif primitif se continue sous forme d'ictère catarrhal. Celui-ci peut toujours devenir un ictère grave. L'examen des urines a, dans ces cas, une importance considérable; il indique le moment où la bile cesse de passer dans le sang. Chez notre malade, la coloration des garde-robes nous indique que la bile se déverse dans l'intestin; mais la présence des pigments biliaires dans l'urine nous montre qu'elle se déverse encore dans le sang et que la malade n'est pas encore en convalescence. C'est là un premier élément de pronostic. Mais il faut tenir compte surtout de l'état des reins, de la présence d'albumine dans l'urine, ainsi que d'une quantité exagérée des cylindres que l'on rencontre dans la plupart des urines ictériques. Un état pathologique du rein est toujours une menace d'ictère grave par suite de l'élimination insuffisante des déchets de l'organisme. L'ictère émotif ne s'aggrave guère que chez les malades dont le rein a été lésé antérieurement; car l'ictère catarrhal ne dure ordinairement pas assez longtemps pour que le passage de la bile puisse altérer secondairement les reins.

Le traitement varie suivant que l'ictère est primitif ou secondaire au catarrhe gastro-duodénal. L'ictère primitif guérit tout seul, quand le malade est dans de bonnes conditions morales. A l'hôpital, le fait même de l'entrée des malades dans nos salles et le repos qui l'accompagne sont un traitement suffisant; en ville, il faut veiller attentivement à ce que le malade soit soustrait aux causes morales qui ont produit la maladie. L'ictère émotif secondaire à l'état catarrhal sera traité par des laxatifs, surtout l'huile de ricin, et par le régime lacté exclusif. L'alimentation exclusive par le lait diminue considérablement la quantité des microbes contenus dans les voies digestives. Mais, chez quelques ictériques, la digestion se fait mal, les matières grasses surtout ne sont pas assimilées; l'association de la pancréatine au régime lacté peut rendre à ces malades de très grands services.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

CHIRURGIE

On est étonné de voir souvent reprendre dans certaines Sociétés savantes étrangères des sujets discutés depuis longtemps ailleurs et sur lesquels les chirurgiens sont aujourd'hui fixés. C'est ainsi qu'à l'Académie de chirurgie de Philadelphie, à propos d'une communication de M. Packard, on a repris la que tion de l'*anus contre nature* et raisonné pour savoir si la région lombaire devait être préférée à la région iliaque. La plupart des orateurs, Morton, Roberts, Barton, etc., se montrent partisans de l'anus de Littre. En France, on ne fait plus depuis longtemps l'anus de Callisen. La voie iliaque est facile, permet d'opérer rapidement, de se rendre bien compte de la portion qu'on attire au dehors et est absolument inoffensive, aujourd'hui que l'ouverture du péritoine n'est pas en cause. C'est donc dans la fosse iliaque droite qu'il faut établir l'anus contre nature et s'il s'agit d'un cancer du rectum, on fera bien d'adopter la pratique de Maydl qui attire d'abord l'intestin, passe à travers le mésentère un corps étranger aseptique

qui empêche sa réduction, et quand les adhérences sont formées, au bout de trois ou quatre jours, on fend le tube intestinal au thermocautère, petite opération secondaire qui ne fait pas souffrir la malade.

On sait que ces anus donnent lieu souvent à un prolapsus intestinal très difficile à combattre et, dans la discussion à laquelle nous faisons allusion, M. Morton a proposé, pour l'éviter, l'opération de Gersung qui consiste à faire accomplir à l'intestin un tour complet sur lui-même, avant de le suturer. Ainsi serait établi un véritable sphincter qui retiendrait au moins les matières liquides.

Nous rapprocherons de cette discussion un travail communiqué à la Société Harvéienne par M. Bland Sutton, sur le *cancer du côlon et son traitement.*

Il existe en clinique deux espèces de cancer du côlon. Dans la première, les tuniques muqueuses et sous-muqueuses sont infiltrées par le néoplasme et amènent le rétrécissement.

Dans la seconde forme ou « tubéreuse », on trouve une tumeur bien définie, constituée par la prolifération du tissu. Toutes les tuniques sont atteintes et le canal est ici obstrué. On observe d'ordinaire cette forme entre 30 et 40 ans.

Histologiquement ces deux formes sont identiques, mais il est très important d'en faire la distinction clinique.

Parmi les symptômes de la maladie, il peut se produire des évacuations liquides prises pour une diarrhée. L'orifice rétréci de l'intestin peut être bouché par des matières fécales ou par le néoplasme lui-même.

La partie de l'intestin en amont se dilate et les matières s'y accumulent. Le bouchon fécal venant à se déplacer ou la tumeur s'ulcérant, une évacuation copieuse s'ensuit. Ce fait explique les alternatives de constipation et de diarrhée bien connues.

Le malade pendant la période de constipation peut offrir des désordres mentaux qui sont dus à la ésorption intestinale et la mort peut être causée par :

1° Intoxication causée par le contenu intestinal ;

2° Perforation siégeant soit au-dessus du rétrécissement, soit dans le cœcum, amenant l'issue des matières fécales dans la cavité péritonéale ;

3° Perforation après adhérences avec la paroi abdominale, se produisant entre les muscles de cette paroi, déterminant une suppuration diffuse et la gangrène.

En quelques cas, on peut sentir une tumeur à travers le rectum, le vagin ou les parois abdominales.

Voici le traitement qu'adopte M. Bland Sutton, traitement que nous ne discutons pas; mais il recommande comme on va le voir, la voie lombaire. On fera la laparotomie d'abord. On pratiquera l'incision médiane et on ira avec le doigt dans la cavité péritonéale à la recherche de la tumeur.

On s'assurera du point exact où on doit opérer, on fermera alors l'incision exploratrice et on pratiquera la colotomie.

L'opération lombaire, après incision exploratrice faite comme il est dit plus haut, est l'opération de l'avenir, pour M. Bland Sutton.

La colotomie d'emblée est, au contraire, à rejeter, car on ne sait pas la situation exacte de la maladie. Voici les avantages de la méthode :

1° On évite la colotomie si elle n'est point nécessaire ;

2° On élimine du diagnostic la présence d'une tumeur pelvienne qui peut être la cause de l'obstruction ;

3° On est sûr d'avoir affaire à un cancer du côlon.

Une discussion suit la lecture de ce rapport.

Tout d'abord les phénomènes mentaux en cas d'obstruction intestinale sont attribués

par le président à l'absorption de substances toxiques au niveau des ulcérations, et M. Alexander Morison croit qu'on doit faire jouer un rôle à l'accumulation de belladone qu'on donne dans ces cas, soit seule, soit avec l'opium.

Quant au docteur Boxall, il a souvent observé l'innocuité relative des matières fécales accumulées. Mais aussitôt qu'on cherche à débarrasser le côlon de l'amas de matières fécales, on observe des symptômes fébriles et souvent une éruption ortiée.

Pour ne pas quitter l'abdomen, citons encore la pratique recommandée par J. Brandt (*Central. f. chir. ann.* 1894), dans les cas où le chirurgien, croyant affaire à une *dilatation de l'estomac* par rétrécissement cicatriciel ou néoplasique du pylore, ne trouve rien.

Brandt ne lui donne pas le droit de fermer le ventre sans faire quelque chose pour diminuer l'ectasie. Aussi, dans un cas de ce genre, Brandt eut l'idée d'invaginer une partie de l'estomac, opération qu'il désigne sous le nom de *gastroplication*.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, en traitement pour une dilatation de l'estomac. Le bord inférieur de l'organe descendait au-dessous du pubis. La médication interne ayant complètement échoué et la malade s'affaiblissant de plus en plus, on se décida à faire la laparotomie.

L'ouverture de la cavité abdominale fut faite par une incision transversale de 8 centimètres, longeant le rebord des fausses côtes gauches. Avec le pouce et l'index introduits dans l'abdomen, on parvint à attirer l'estomac complètement au dehors, ce qui permit de constater qu'il n'y avait ni bride, ni néoplasme, ni cicatrice, mais simplement une inflexion anguleuse de la région pylorique, inflexion attribuable aux tractions exercées par l'estomac si lourd à cause de son volume. Brandt procéda de la façon suivante : il fit à la paroi antérieure de l'estomac un pli comprenant la séreuse et la musculeuse, pli parallèle à la direction de l'organe, et le sutura par une double rangée de sutures. La paroi antérieure de l'estomac se trouva ainsi ramenée presque à ses dimensions normales, la muqueuse sous-jacente étant venue faire sous le pli un bourrelet très sensible au toucher. Il fit de même avec la paroi postérieure, après avoir effondré en plusieurs endroits le grand épiploon, et ferma le ventre. La malade put quitter le lit au bout de dix jours. Elle est complètement débarrassée de sa dilatation de l'estomac à l'heure qu'il est.

Terminons par l'exposé d'une pratique qui consiste dans l'introduction de bougies dans les uretères préalablement à l'hystérectomie vaginale, afin de ne pas blesser ces conduits.

A la *Johns Hopkins Hospital medical Society*, M. Kelly, après avoir rappelé la facilité du cathétérisme des uretères chez la femme (facilité problématique, du reste), a insisté sur une nouvelle application de cette opération : l'introduction de bougies dans les uretères avant l'hystérectomie vaginale, de manière à connaître pendant toute la durée de l'opération la situation exacte de ces conduits et à pouvoir détacher avec sécurité les adhérences fibreuses qui peuvent les entourer. Il a employé avec succès ce procédé dans le cas suivant :

Il avait affaire à une femme atteinte de cancer utérin, chez laquelle l'hystérectomie vaginale était indiquée. M. Kelly introduisit dans les deux uretères des bougies rigides et les y fit maintenir. Il lui fut alors facile, pendant tout le cours de l'opération, de constater la situation des uretères qui étaient sentis comme deux cordes dures. Le chirurgien put ainsi détacher les uretères sans les blesser et détruire les adhérences qui les fixaient aux tissus qu'il voulait enlever. Ce procédé a si bien réussi à M. Kelly qu'il est résolu à l'employer dorénavant dans tous les cas où il devra pratiquer l'hystérectomie vaginale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1894. — Présidence de M. Rochard.

Sur un cas de mort par le bromure d'éthyle

M. Duplay. — M. Suarez, de Mendoza, a lu à l'Académie un note sur un cas de mort occasionné par le bromure d'éthyle. Il s'agit d'une dame de 31 ans, bien constituée, qui souffrait d'une endométrite végétante, laquelle déterminait des troubles nerveux rendant la vie insupportable. Tous les traitements médicaux ayant échoué, M. Suarez, de Mendoza, se décida, sur la demande de la malade, à pratiquer le curettage utérin. Le jour de l'opération la malade était très bien disposée ; elle fut couchée sur une table et M. Suarez procéda à l'anesthésie avec le bromure d'éthyle en versant sur un mouchoir plié en huit environ 8 grammes de bromure, puis en appliquant le mouchoir sur le visage de la malade et en engageant celle-ci à respirer longuement. A peine avait-elle pris trois inspirations rapides, qu'elle s'écria : « Vous m'étouffez ! » sans, du reste, s'agiter ; puis, après deux ou trois inspirations stertoreuses, son corps fut agité d'une légère convulsion clonique, rapide comme l'éclair ; la respiration s'arrêta brusquement, le cœur cessa de battre, la malade était morte.

Il ne s'était pas écoulé dix secondes entre le moment où le mouchoir avait été appliqué sur le visage et celui où on le retira en toute hâte pour porter secours à la malade qui avait la face vultueuse, les yeux largement ouverts et convulsés en haut, les pupilles dilatées. Aucun des moyens habituels ne put rappeler les mouvements respiratoires.

Le bromure d'éthyle était pur, car ce qu'il en restait a été analysé par M. Yvon, qui en a constaté la bonne qualité. Il est, d'autre part, impossible de penser à une émotion morale, car la malade était gaie au moment de l'opération. Elle n'avait aucune lésion pulmonaire ou cardiaque.

Il faut donc admettre qu'il s'agit d'une syncope initiale comme on l'observe encore trop souvent dans l'anesthésie chloroformique chez des individus parfaitement sains, syncope que M. Lalande explique par un réflexe résultant de l'action irritante des vapeurs du chloroforme sur les nerfs de la pituitaire.

Jusqu'à présent, on ne connaissait qu'un seul cas de mort par le bromure d'éthyle survenu dans le service de Billeroth et publié par Gleich.

Le nouveau fait qu'a communiqué M. Suarez prouve que l'on doit prendre les mêmes précautions avec le bromure d'éthyle qu'avec le chloroforme ; on les négligeait cependant jusqu'à présent.

A propos d'un nouveau procédé de ligature

M. Nicaise : M. Millot-Carpentier a communiqué à l'Académie une note sur un nouveau procédé d'hémostase empêchant la ligature de céder. D'après M. Nicaise, ce procédé est de date très ancienne, et a déjà été inventé par plusieurs chirurgiens. Bertapaylin l'a décrit au quinzième siècle, Dionis en a parlé dans son cours d'opérations publié en 1707 ; Astley Cooper l'a également adopté. Actuellement, le procédé de Bertapaylin pour assurer la fixité de la première ligature a été généralisé et est souvent employé pour consolider la ligature du pédicule dans l'ablation des tumeurs ou organes, en particulier dans la chirurgie abdominale.

Résultats de la loi Roussel dans le département du Var de 1884 à 1892

M. Vidal. — Il y a un écart considérable entre la mortalité constatée parmi les nourrissons protégés par la loi Roussel et la mortalité beaucoup plus forte des enfants du même âge restés sous la surveillance paternelle.

La proportion de décès pour 100 enfants de 8 jours à 16 mois nourris dans leur famille est de 17,50 p. 100, tandis que celle des enfants du même âge placés en nourrice et protégés par la loi Roussel est de 11,01 p. 100. La faible mortalité des enfants mis en nourrice n'est attribuable qu'aux mesures d'hygiène imposées par les médecins inspecteurs. Les deux principales causes de décès des enfants du premier âge sont la méningite et l'entérite. Cette dernière maladie est presque toujours provoquée par une alimentation prématurée ou défectueuse des nourrissons.

Dans le Var, la léthalité pour les enfants de 1 jour à 1 an est de 16,34 p. 100, elle est de 21,55 p. 100 de 1 jour à 2 ans et de 27,66 p. 100 de 1 jour à 5 ans.

Une différence insignifiante de 0,26 p. 100 existe entre la mortalité des enfants de 0 jour à 1 an et celle des enfants de 8 jours à 16 mois. On peut en conclure qu'il meurt autant d'enfants de 0 jour à 8 jours que dans les 4 mois qui séparent l'âge de 12 mois de celui de 16 mois. Cette concordance qui n'avait jamais été signalée est extraordinaire, mais les chiffres sont rigoureusement exacts.

Les enfants protégés par la loi Roussel sont aux enfants restés sous la surveillance paternelle comme 8,328 est à 47,926 ; ils représentent donc, dans le Var, un peu plus du sixième de l'effectif total.

Anesthésie chirurgicale

M. Laborde signale à l'Académie un mélange anesthésique préparé par M. Meillère et qui consiste en 7/10 de chloroforme pour 1/10 d'éther. Ce mélange anesthésie plus rapidement et plus complètement que l'éther seul et il donne de bons résultats chez l'homme dans le service de M. Reynier.

M. Berger présente une femme à laquelle il a fait une restauration faciale pour un renversement de lèvre inférieure consécutif à une cicatrice de brûlure. L'opération a été faite par la méthode italienne modifiée.

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Revilliod (de Genève) ; en deuxième ligne, M. G. Seguin (de New-York).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le passage des microbes à travers le placenta

Le placenta sain retient les bactéries, mais il n'en est pas de même du placenta malade et, dans ce dernier cas, les lésions du délivre sont très mal connues. Pourquoi, dans une maladie infectieuse donnée, le passage des bacilles dans les tissus du fœtus, est-il très inconstant ? MM. Charrin et Duclert ont cherché à déterminer la raison de ce fait. Il est certain que les toxines ont un rôle important dans la production des lésions du placenta, hémorrhagie par exemple, dans les changements de pression du sang qui peuvent faciliter le passage. De plus, les toxines exaltent souvent la virulence des germes.

MM. Charrin et Duclert ont inoculé 16 femelles de cobayes avec de fortes doses de virus pyocianique ; de plus, 4 ont reçu sous la peau un demi-centimètre cube de malléine, 4 un égal volume de tuberculine, 4 une proportion double des produits du bacille du pus bleu, les 4 dernières ont servi de témoins. On a trouvé une seule fois le bacille dans les fœtus des témoins ; chez les 12 autres il existait dans l'immense majorité des cas. Les toxines favorisent donc beaucoup le passage des microbes à travers le placenta.

Nous profiterons de l'intéressant travail de M. Charrin pour rappeler brièvement les principaux cas dans lesquels on a constaté le passage de microbes de la mère du fœtus. Straus, dès 1883, l'observa pour le charbon et le fait fut vérifié chez l'homme par Marchand et Faltauf. Libedeff a vu l'érysipèle de la mère se transmettre au fœtus et, dans un cas de Hanot et Luzet, un purpura à streptocoques a infecté l'embryon.

Expérimentalement, Netter a observé la transmission du pneumocoque. Il a recueilli aussi des observations probantes chez l'homme ; une femme accouche au retour de la convalescence d'une pneumonie, l'enfant succombe à une pneumonie lobaire cinq jours après la naissance et on trouve le sang rempli de pneumocoques. Strachan, Viti ont observé des cas de pneumonies congénitales chez des fœtus venant de femmes atteintes de pneumonie.

Le bacille de la fièvre typhoïde traverse le placenta, le fait a été maintes fois constaté par Chantemesse et Widal, Eberth, Evurt, Gaglio, etc., etc.

La tuberculose congénitale est connue depuis longtemps, mais le premier examen bactériologique concluant a été fait par Johne. Landouzy et H. Martin ont pu provoquer la tuberculose expérimentale en inoculant des fragments de foie, de rate d'un fœtus ne portant aucune lésion apparente, mais né d'une mère tuberculeuse. Il nous suffira de rappeler les observations de Sabourin, d'Aviraguet.

La transmission de la maladie de la mère au fœtus a encore été observée pour la rage, la morve, l'impaludisme.

Nous venons de voir que MM. Charrin et Duclert attribuaient une grande importance à l'action des toxines pour expliquer le passage des microbes de la mère au fœtus. Birch Hirschfild a montré que les résultats contradictoires obtenus parfois par les expérimentateurs pouvaient tenir à des différences de structures du placenta des espèces animales ; la chèvre, par exemple, a les villosités placentaires, recouvertes d'une couche d'épithélium épais et, chez elle, le passage ne se fait pas. Chez la lapine, au contraire, la couche épithéliale manquant sur beaucoup de points et il en serait de même chez la femme, d'où l'infection plus facile des fœtus. Les expériences de Malvoz ont montré, d'autre part, l'importance des lésions placentaires.

Transmission du cancer de l'homme à l'animal

M. Boinet a fait soixante inoculations de tumeurs cancéreuses (squirrhe, encéphaloïde du cou, épithéliome de la lèvre, de l'ombilic, de la verge, de l'utérus, lymphosarcome du testicule) sur des rats, des cobayes et des lapins. Quarante inoculations intra-péritonéales ont été faites sur le rat ; il n'y a eu qu'une fois généralisation du cancer ; histologiquement on a trouvé dans les noyaux secondaires les mêmes éléments que dans la tumeur inoculée. Quinze inoculations sous-cutanées n'ont donné aucun résultat. Dans un cas on a pu provoquer l'apparition d'un noyau cancéreux chez le lapin par l'injection sous-cutanée du suc d'un lymphosarcome du testicule. Une injection d'un même germe, faite sur la plèvre d'un rat, a déterminé la production d'un noyau cancéreux dans le poumon. Les inoculations faites dans l'épaisseur des glandes ou au niveau des muqueuses orificielles ont toujours échoué.

Formation de l'urée par le foie

M. Richet a institué des expériences qui prouvent que la cellule hépatique sécrète une diastase qui transforme en urée certaines substances azotées qui se trouvent dans le foie. Il a pu l'isoler en procédant de la façon suivante : le liquide (sérum artificiel) de lavage d'un foie par courant intra-circulaire traité par l'alcool, donne un précipité qui, broyé avec l'eau, lui abandonne la diastase ; on peut alors la faire agir sur le foie. Comme toutes les diastases, elle perd ses propriétés par l'ébullition.

La thyroïdectomie chez les animaux

Les résultats éloignés de la thyroïdectomie chez les animaux sont variables. En effet, MM. Cadéac et Guinard ont vu que si les lapins succombent avec les accidents décrits par M. Gley, les moutons et les chevaux âgés survivaient sans présenter de symptômes importants. On peut supposer que, dans ces espèces, il y a des glandes de suppléance ou bien que la thyroïde ne fabrique pas de poison.

BIBLIOTHÈQUE

Clinique médicale de la Charité. Leçons et mémoires, par M. le professeur Potain et ses collaborateurs Ch.-A. Framon, Franck, P. Suchard, H. Vaquez, F.-J. Tessier. Paris, S. Masson, 1894.

C'est avec un sentiment de légitime fierté que l'on voit annoncer l'apparition du livre de M. le professeur Potain. L'immense expérience clinique du maître relativement aux maladies de l'appareil circulatoire se trouve là tout entière et l'étranger pourra voir, en parcourant ces pages magistrales, que la clinique française n'a pas dégénéré et que la chair de Corvisart et de Bouillaut est dignement occupée.

On ne saurait trop le répéter avec M. le professeur Potain : « Rien n'est plus nécessaire au futur médecin, rien aussi n'est plus intéressant, plus attachant pour lui que l'observation directe des malades, que l'étude attentive des symptômes qu'ils présentent. » Ce sont là des vérités qui peuvent sembler banales ; il est cependant bon de les redire en ce temps où le laboratoire envahissant semble faire des salles de clinique son accessoire, et où l'ambition de tout bon externe n'est plus d'apprendre à soigner un malade, mais de découvrir son petit microbe.

Chacun sait à quel point M. le professeur Potain est esclave de son devoir. Chargé des soucis d'une immense clientèle, jamais il ne néglige son service, jamais il ne donne moins de temps aux leçons qu'il doit à ses élèves. C'est là un exemple qui ne saurait être trop suivi.

Le laboratoire doit être un « aide de clinique ». Le maître de la Charité lui a donné dans son service la place qui lui appartenait. On en trouvera la preuve dans le mémoire sur l'action de la digitale, publié par M. A. François Frank, dans celui sur la technique des autopsies cliniques, rédigé par M. E. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Charité.

Les leçons de M. le professeur Potain ne peuvent s'analyser. Quelques-unes de celles qui sont dans ce volume ont été, du reste, publiées dans l'*Union* au moment où elles ont été faites et nos lecteurs savent quelle place importante nous donnons, dans nos colonnes, à l'enseignement fait à la Charité. Nous nous bornerons à donner les titres des leçons publiées dans le volume : Séméiologie cardiaque (9 leçons); Des palpitations ; Endocardite rhumatismale aiguë ; Du système mitral ; Du cœur des tuberculeux ; Des cardiopathies réflexes ; Des accidents cardiaques liés aux troubles gastro-hépatiques ; Des névropathies d'origine cardiaque ; des traumatismes cardiaques ; De la symphyse cardiaque ; Pronostic des maladies du cœur ; Traitement des maladies du cœur (3 leçons); Des souffles cardio-pulmonaires (mémoire); Du choc de la pointe du cœur (mémoire).

On trouvera encore dans le volume un beau travail de M. Vaquez, sur la phlébite des membres, et une étude de M. Teissier sur les rapports du rétrécissement mitral pur avec la tuberculose.

Il est bien peu de médecins dignes de ce nom qui ne liront pas les leçons de M. le

professeur Potain et il nous reste à exprimer le vœu que le maître recueille les éléments de nouveaux volumes destinés à nous conserver cet enseignement clinique, seul vrai, et qui restera toujours. Les doctrines passent, mais les faits demeurent et les leçons de Trousseau sont aussi belles aujourd'hui que le jour où il les publia pour la première fois

COURRIER

Concours d'agrégation. — Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1894-95, des concours pour cinquante places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Paris : 11 places dont 5 pour la pathologie interne et la médecine légale ; 3 pour la pathologie externe ; 1 pour les accouchements ; 1 pour l'anatomie et 1 pour la chimie et toxicologie.

Bordeaux : 7 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 2 pour la pathologie externe ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour la physiologie ; 1 pour l'histoire naturelle.

Lille : 3 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 1 pour les accouchements.

Lyon : 9 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 2 pour la pathologie externe ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour la physiologie ; 2 pour la chimie et toxicologie ; 1 pour la pharmacie.

Montpellier : 7 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 1 pour la pathologie externe ; 2 pour les accouchements ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour l'histoire naturelle.

Nancy : 8 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 1 pour la pathologie externe ; 1 pour les accouchements ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour la physiologie ; 1 pour l'histoire naturelle ; 1 pour la physique.

Toulouse : 5 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 1 pour la pathologie externe ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour la chimie et toxicologie.

Ces concours s'ouvriront à Paris : savoir :

Le 17 décembre 1894, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale).

Le 4 mars 1895, pour la section de chirurgie et accouchement.

Le 20 mai 1895 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mise au concours dans chaque Faculté.

Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieur placse.

Médecins inspecteurs des écoles. — M. des Turreaux, docteur en médecine, demeurant à Suresnes, boulevard de Versailles, 10, est nommé médecin-inspecteur des écoles de la circonscription Suresnes-Nanterre, en remplacement de M. le docteur Foucault, qui n'habite plus la circonscription.

M. Lancelin, docteur en médecine, demeurant rue des Petites-Ecuries, 8, est nommé médecin-inspecteur des écoles du dixième arrondissement, en remplacement de M. le docteur Schweich, dédédé.

M. le docteur Jacques Agostiné est nommé médecin adjoint au lycée de Bastia, en remplacement de M. le docteur Ramaroin, appelé à d'autres fonctions.

Dispensaires pour enfants malades de la Société philanthropique. — La Société philanthropique, dans sa séance du 8 mai, a nommé le docteur R. Millon médecin du dispensaire pour enfants de la rue de Crimée en remplacement du docteur J. Comby, qui, après onze ans d'exercice, a donné sa démission et a reçu le titre de *médecin honoraire des dispensaires pour enfants de la Société philanthropique.*

Congrès des gynécologues russes. — La Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg a élu une commission pour élaborer le projet relatif au premier congrès des gynécologues russes. Ce projet, lu à la Société, qui l'a acceptée, est déjà présenté au gouvernement pour obtenir son consentement. Le Congrès aura probablement lieu à Saint-Pétersbourg, pendant les vacances de Noël de l'année 1894-1895.

— A ce moment où l'on s'occupe de construire à l'Académie de médecine un palais digne d'elle, il n'est pas sans intérêt de donner quelques détails sur sa bibliothèque, d'après le rapport du bibliothécaire, le docteur Dureau.

Au 31 décembre 1893, elle contenait 147,405 volumes ou brochures, dont 8,164 ont été reçus pendant le cours de l'année dernière.

La plupart de ces ouvrages sont dus à des dons généreux. Parmi les donateurs de l'année 1892-93, citons Mmes Roger et de Villiers, veuves de membres de l'Académie; MM. Bergeron, baron Larrey, Duché, Feulhard, Laboulbène, Lermoyez, Marjolin.

Ce dernier a offert 4,069 ouvrages ou opuscules, brochures, thèses, etc.

Le docteur Delens a fait don aussi de nombreux manuscrits provenant de son grand-père, ancien membre de l'Académie.

Parmi les curiosités de la bibliothèque, citons enfin une collection de 6,000 estampes et portraits de médecins, dont 5,000 proviennent d'une collection particulière, réunie avec patience pendant plus de 40 ans par un modeste médecin de campagne, le docteur Munaret.

Les syndicats médicaux reconnus partie civile. — Le tribunal correctionnel de Parthenay vient de décider qu'un syndicat médical peut légitimement se porter partie civile dans les cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine. Voici dans quel cas cette décision a été prise :

B..., rebouteur, était poursuivi pour exercice illégal de la médecine, le syndical médical du département des Deux-Sèvres se portait partie civile. L'avocat du syndicat faisait valoir qu'il y avait préjudice causé aux membres du syndicat et que par conséquent ce syndicat avait le droit de réclamer des dommages et intérêt.

Faisant droit à cette demande, le tribunal a accepté l'intervention du syndicat et lu a alloué 50 francs de dommages et intérêt.

Ajoutons que le délinquant a, en outre, été condamné à 100 francs d'amende, ce qui, en l'espèce, est une condamnation sévère.

Faculté de médecine de Toulouse.— M. Caubet est nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

Nécrologie. — MM. les docteurs Martel (de Belleville-sur-Saône), Moutard (de Saint-Colomb).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

Les toxines microbiennes

Il est admis actuellement que les toxines microbiennes sont la grande cause des symptômes des maladies infectieuses, les lésions causées par les microbes eux-mêmes étant beaucoup moins importantes. Les toxines furent reconnues pour la première fois par Selmi (de Bologne) et étudiées ensuite, pour ne citer que les principaux auteurs, par Brouardel et Boutmy, Nencki, A. Gautier, Brieger, Chantemesse et Widal, Charrin, Lepage, etc.

I

La nature des toxines est des plus discutées et, du reste, c'est là une question qui, si elle est importante au point de vue chimique, n'offre pour le clinicien qu'un intérêt très secondaire. Pour les uns, il s'agit de diastases; c'est ainsi que les corps découverts par Roux et Yersin, Kund-Faber, Tizzani et Cattani, Vaillard, dans les cultures du bacillus liquefaciens Bovis, du bacille de Loffler, du bacille de Nicolaïer appartiendraient à cette catégorie de substances. Arnaut et Charrin ont pu isoler une diastase qui leur a permis de dédoubler l'asparagine et d'avoir de l'acide aspartique.

D'autres auteurs ont admis que les toxines bactériennes étaient des albuminoses; il en serait ainsi pour les produits de bacilles de la diphtérie (Brieger et Frankel) pour ceux du gonocoque (Hugounencq et Graud) etc., Malheureusement le plus souvent les cultures ont été faites dans des bouillons renfermant déjà des substances protéiques. Cependant il est bien prouvé (Arnaud et Charrin, Guinochet) que les microbes peuvent donner naissance, par synthèse, à des substances albuminoïdes, même lorsqu'aucun atome de ces albuminoïdes ne peut être isolé antérieurement (Charrin).

Pendant longtemps on a cru que les toxines étaient des alcaloïdes. Il faut citer à ce point de vue les travaux de Zuelzer, Leber, Œschner de Conninck, etc.; tout récemment Griffith a retiré des urines des rubéoliques, des diphtériques, des composés se rapprochant des alcaloïdes.

Pour Gamaléia, il existe, dans les produits microbiens, à l'*etat préformé et se formant facilement par les procédés différents d'analyse*, des ptomaïnes et des bases organiques. On y trouve de plus des substances de nature albuminoïde ou poisons primitifs qui se décomposent facilement au-dessus de 60° et des substances albuminoïdes plus stables, les *poisons modifiés.* Enfin, il s'y trouve aussi des substances que l'on ne peut définir que par leur action physiologique, les vaccins chimiques, associés à l'une des trois classes précédentes de produits microbiens Gamaléia admet que les poisons naturels des bactéries sont des nucléo-albumines (substances composées d'albumines, de bases organiques et de phosphore). Les nucléo-albumines donnent naissance aux nucléines ou poisons modifiés par leur décomposition et aux ptomaïnes par une décomposition plus profonde.

En fait, tant que l'on n'aura pas isolé cliniquement les toxines micro

biennes, tant que l'on n'aura pas étudié des corps purs, ces discussions continueront. Inutile donc d'insister davantage.

II

Voyons maintenant les toxines produites par les principaux microbes pathogènes.

1. Les recherches poursuivies sur le poison *cholérique* ont été résumées par Lepage, qui a de plus apporté sa contribution personnelle à leur étude. Privés de germes, les bouillons de culture du bacille virgule produisent chez le cobaye, dans certaines conditions, le choléra expérimental. Bouchard a pu, chez des lapins auxquels il injectait des urines cholériques fraîches, reproduire les troubles fonctionnels et les lésions du choléra.

Pouchet a retiré des selles cholériques une base incolore, offrant les réactions des alcaloïdes et Villiers est arrivé à peu près au même résultat. Une toxine isolée par Nicoti et Rietsch, s'est montrée convulsivante, en même temps qu'elle produisait l'abaissement de la température. Une toxine convulsivante avait été obtenue par Klebs et Lange. Brieger a pu préparer : 1° Une méthylguanidine et une toxine n° 1 très convulsivante et très toxique ; 2° une toxine n° 2 produisant de l'algidité, de la paralysie, du ralentissement du cœur et de la respiration, des selles sanguinolentes ; 3° de la choline, de la cadavérine, de la putrescine; 4° du rouge et du bleu de choléra. Chacune de ces substances aurait son rôle dans la pathogénie des symptômes de la maladie, surtout la cadavérine, et ce fait a été vérifié par Gravitz, Schenorbert. Gamaléia a trouvé un poison qui provoque une intoxication dont les symptômes rappellent absolument le choléra ; il se produit une lésion rapide du tube intestinal. Cette substance toxique est détruite par le chauffage au-dessus de 60°, l'alcool et les alcalis faits, Gamaléia a pu préparer un autre poison très stable, qu'il range dans la catégorie de ses ferments modifiés.

Winter et Lepage ont traité les bouillons de culture par l'acide sulfurique jusqu'à réaction acide et obtenu un précipité qu'ils lavent, redissolvent de nouveau, précipitent et épuisent par l'éther. L'évaporation de ce dernier laisse un produit très toxique. Injecté dans l'estomac d'un cobaye normal, à la dose de 4 à 5 milligrammes, il provoque au bout de 5 à 6 heures tantôt un abaissement de température suivi de mort, tantôt une ascension légère de 5 dizièmes de degré à 1°, ascension qui est suivie de l'algidité et de la mort. Aux doses de 6 à 8 miligrammes, l'algidité apparut en une ou deux heures. A l'autopsie, on trouve de la rougeur de l'intestin, de la diarrhée avec desquamation. La substance grasse isolée par Lepage et Winter passe dans les urines des animaux cholériques et se produit aussi dans les bouillons ensemencés par des bacilles non virulents. Mais alors elle ne produit plus d'accidents. Cette substance soumise à l'action de l'air perd sa propriété cholérigène et devient un poison convulsivant.

Alt a pu extraire des vomissements une substance soluble dans l'eau, précipitable par l'alcool, et qui reproduit le choléra.

Emmerich et Tsuboï ont soutenu que le bacille virgule produisait un empoisonnement par les nitrites. D'après eux, ces nitrites proviennent de la réduction des nitrates opérés par le microbe, propriété qui ne lui est pas particulière, mais qu'il possède à un degré considérable. Outre cette fonction réductrice et exceptionnelle, le bacille de Koch posséderait encore le

pouvoir de former aux dépens des hydrates de carbone de l'acide lactique, et cet acide, venant à réagir sur les nitrites, mettrait en liberté de l'acide nitreux d'une action toxique encore plus énergique. A l'appui de leur dire, Emmerich et Tsuboï invoquent les effets de l'intoxication par les nitrites chez les cobayes, les lapins, les chiens, effets qui rappellent les symptômes du choléra. Or, l'homme, toutes proportions gardées, serait plus sensible encore que ces animaux à l'action nocive des nitrites : 20 centigrammes de nitrite qui tuent un lapin de 2 kilogrammes provoqueraient déjà chez un homme de 70 kilogrammes des phénomènes violents d'intoxication, analogues aux accidents cholériformes. Le sang dans le choléra et aussi dans les empoisonnements par nitrites subit la transformation de l'oxyhémoglobine en méthémoglobine. Les lésions locales observées dans l'intestin des cholériques s'expliqueraient par l'action destructive de l'acide nitreux sur l'épithélium digestif. Enfin, des cultures de bacille virgule ayant perdu leur pouvoir de réduire les nitrates, ne pourraient plus déterminer le choléra chez les cobayes.

Klemperer a immédiatement refuté la théorie d'Emmerich et de Tsuboï. Il a, en effet, montré que l'on pouvait provoquer l'intoxication cholérique à l'aide de bacilles privés par échauffement du pouvoir de réduction nitreuse, et, inversement, cette intoxication a pu être atténuée en présence de bacilles qui fabriquaient des nitrites en abondance. Le nitrite de potasse ne rend pas les animaux réfractaires au choléra, tandis que l'inoculation de toxines bactériennes atténuées confère généralement l'immunité. Enfin il n'est pas prouvé que la présence de la méthémoglobine dans le sang des intoxiqués cholériques par la voie stomacale ou par inoculation intra-péritonéale soit caractéristique et constitue un symptôme cholérique constant.

Le poison cholérique, quelle que soit sa nature, agit sur le rein et le foie pour produire les lésions que les anatomo-pathologistes ont décrites dans ces organes. Les lésions de nature dégénérative sont reproduites par l'injection des toxines.

Le poison cholérique agit sur la région bulbo-protubérantielle. Il produit tantôt un refroidissement total, tantôt un refroidissement périphérique et une hyperthermie centrale. Comme on peut souvent observer des accès d'hypothermie sans qu'il y ait de modification du côté de la circulation, on doit admettre une action centrale.

Cependant, le centre vaso-moteur, très voisin du reste du centre thermique, est très souvent atteint. Lesage a insisté sur l'état du cœur qui, chez les cholériques morts en algidité et autopsiés peu de temps après la mort est toujours trouvé contracturé. Il y a vaso-constriction de tout le système artériel, stase générale du système veineux et engorgement cyanotique. On peut invoquer la contraction artérielle pour expliquer en partie la dyspnée, l'anurie. Cette dernière dépend, du reste aussi de la néphrite et de la diminution de la quantité d'eau du sang. Enfin, la dyspnée dite toxique, la mort subite dépendent de l'action des toxines sur les noyaux bulbaires. Straus a montré que le poison typhique provoquait une desquamation de tous les épithéliums. Quant à l'épaississement du sang il concentre le poison cholérique et empêche en partie son élimination.

Il est évident que l'action des toxines cholériques explique les principaux symptômes de la maladie. Mais il faut, de plus, avec le professeur Bou-

chard, accorder une place importante à l'intoxication urémique secondaire qui « se traduit par la torpeur intellectuelle, la somnolence, le coma. Les pupilles deviennent punctiformes. Le rythme respiratoire est celui de l'urémie. Cet ensemble symptomatique apparaît avec l'anurie. Le poison vient ici de la désassimilation. La déshydratation a entraîné avec l'eau toute la potasse du plasma et une partie de celle des éléments anatomiques. Aussi, quand arrive la période de destruction de la matière, ce sont moins la potasse et les matières minérales qui sont surabondantes dans le sang que les matières organiques et extractives. »

En résumé, le choléra serait le résultat d'une double intoxication, l'une par les toxines bacillaires, l'autre par les produits vivants de l'organisme.

(*A suivre.*)

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Comme nous l'avions annoncé samedi dernier, la séance a été occupée presque tout entière par la discussion engagée sur le rapport de M. Nélaton. Il s'agit du *traitement par la suture osseuse des fractures non ouvertes.* Il est assez difficile de donner d'une façon générale les conclusions de ce débat, tout ce que nous pouvons dire c'est que *Hennequin* et *suture osseuse* se sont partagés les faveurs.

Nous avons la plus grande confiance dans les appareils de M. Hennequin qui sont incomparablement les meilleurs que nous possédions ; mais peuvent-ils convenir dans tous les cas? avec plusieurs chirurgiens et M. Nélaton, nous ne le pensons pas, et de l'avis même de M. Hennequin, c'est M. Nélaton qui l'a dit mercredi dernier, les appareils pour fractures de jambes ne satisfont pas encore son inventeur. Il doit donc y avoir place dans certains cas pour la suture osseuse.

Mais avant de donner l'avis de chacun des membres de la savante Société, rendons compte d'une communication très intéressante du docteur Terrier. Le professeur, à propos de la présentation de l'appareil stérilisateur du docteur Forgue, rapporte des expériences qu'il a instituées et desquelles il ressort que l'asepsie est impossible en chirurgie de guerre, et principalement dans les formations sanitaires de l'avant. Sait-on, en effet, ce qu'il faut de temps pour faire bouillir 4 litres d'eau? 17 minutes sur un fourneau à gaz ; 30 minutes sur le four de campagne ; et ce temps augmente encore quand on ajoute à l'eau du coton pour en faire des tampons.

Les expériences du docteur Répin confirment, du reste, celles du chirurgien de Bichat. Si l'on met, en effet, 115 grammes de toile dans 5 litres d'eau et qu'on fasse bouillir le tout sur un bon fourneau à gaz. Au bout de 20 minutes, la température à la surface n'est que de 75°, et veut-on savoir le temps nécessaire pour obtenir la stérilisation des pièces à pansement par l'ébullition? il faut 110 minutes et encore la stérilisation n'est pas tout à fait complète.

Il était intéressant de savoir le temps nécessaire pour aseptiser les fils à ligature. Si le fil n'est pas roulé autour d'une bobine, il faut 30 minutes d'ébullition pour qu'il ne cultive plus; s'il est enroulé et sur une épaisseur de 5 millimètres seulement, il n'y a pas de stérilisation au bout de 65 mi-

nutes. Du reste, il suffit, nous dit le professeur Terrier, d'une *stérilisation chirurgicale* ; mais toutes ces considérations lui font préférer l'antisepsie à l'asepsie dans la chirurgie de guerre.

Examinons maintenant l'avis des différents chirurgiens de la Société sur la *suture osseuse dans les fractures non compliquées de plaie.* Et, tout d'abord, M. ROUTIER s'en montre partisan, mais dans les cas exceptionnels seulement, dans les fractures du quart inférieur de la jambe, par exemple, où il y a élargissement de la mortaise tibiopéronière, ballottement de l'astragale, etc., et encore ici faut-il distinguer ! si on vous apporte immédiatement la fracture, sous le chloroforme, la réduction sera toujours possible ; si l'accident date de 4 ou 5 jours, les difficultés deviennent considérables et il ne faut pas hésiter à se servir de l'instrument tranchant.

M. SCHWARTZ rappelle qu'il s'est bien trouvé de la suture osseuse dans un cas de fracture de l'extrémité externe de la clavicule, dans ces cas qui sont confondus avec les luxations. La guérison fut parfaite et les fonctions du membre furent complètement récupérés.

Mais les deux chirurgiens qui prennent ensuite la parole ne sont pas interventionnistes. M. DELORME pense qu'on peut toujours réduire et appliquer avec soin un bon appareil dans les fractures de jambe et M. MONOD s'appuie sur les raisons qui suivent pour rejeter la suture osseuse. Il était sur le point de la pratiquer dans un cas de fracture de cuisse qui avait résisté à tous les traitements, qui, au bout de 7 mois, ne présentait pas la moindre trace de consolidation ; lorsque M. Hennequin s'en chargea et malgré les 7 centimètres de raccourcissement parvint à remettre les deux fragments en contact et obtint la consolidation. L'orateur rappelle, de plus, deux cas de pseudarthrose de l'humérus qui, traités, par la suture osseuse ne donnèrent aucun résultat. Dans les fractures de jambe, il n'a jamais remarqué de retard de consolidation. Les malades, certes, ont plus ou moins bien marché, mais ils ont toujours pu se servir efficacement de leur jambe. Il ne faut pas, du reste. s'exagérer l'importance de l'interposition musculaire qui, après tout, est peut-être moins fréquente qu'on est porté à le croire. En somme, M. Monod estime qu'avec des appareils d'extension bien appliqués, on peut faire face à toutes les difficultés ; mais accepte pourtant que, dans des cas rares, la nécessité d'ouvrir le foyer s'impose ; dans ce cas, il préférerait la cheville osseuse à la suture. M. QUÉNU paraît être de ce dernier avis, car il nous dit qu'il ne faut pas confondre la contention avec la réduction, qu'il y a des fractures réduites qui ne se consolident pas et peut-être que dans ces cas la cheville osseuse est susceptible de produire un bon effet en irritant par sa présence les éléments médullaires.

Il ne faut pas nier l'interposition musculaire, répond M. PEYROT qui se demande si c'est un hasard, mais qui, dans trois cas de pseudarthrose (2 au fémur, 1 au cubitus) a pu contrôler un fait curieux. C'est l'insertion sur l'extrémité inférieure du fragment supérieur d'une bande musculaire qui s'opposait complètement à la réduction. Il est bien certain que, dans ces cas, prendre le bistouri s'impose.

Le président, M. CHAMPIONNIÈRE, prend alors la parole et exprime cette idée, qu'il ne s'agit pas de savoir si avec des appareils on peut oui ou non réduire certaines fractures, mais bien de se rendre compte si avec la suture osseuse il y a moyen de faire mieux qu'on ne faisait et il le pense. Le fait

même de faire une bonne coaptation maintenue par une suture au fil d'argent et, au besoin, même par un encerclage des fragments rend la consolidation plus hâtive.

Et le débat se termine par l'intervention de M. NÉLATON qui répond successivement aux différents orateurs. Il fait remarquer d'abord que la question s'est étendue, car il n'a visé pour sa part que les fractures de jambe absolument incoercibles. Pour l'interposition musculaire il s'appuie sur des faits. Sur 6 opérations de M. Roux (de Brignols), il y avait 4 interpositions musculaires, et M. Nélaton l'a rencontrée, pour sa part, dans le seul cas où il soit intervenu. Pour ce qui est de la suture elle-même, nous dit l'orateur, il n'y tient pas, il n'en a pas l'expérience et chacun a ses préférences : M. Monod pour la cheville osseuse, par exemple ; M. Championnière pour la suture au fil d'argent. Plus que personne, il est partisan de l'extension et de la contre-extension et des appareils d'Hennequin en particulier ; mais, pour la jambe, ceux-ci ne sont pas encore satisfaisants. Dans ces conditions, l'opération recommandée par M. Roux (de Brignols) paraît rationnelle.

Eugène ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Ulcère phagédénique du Tonkin, par le docteur BOISSET. — Les ulcères du Tonkin s'observent maintenant assez souvent en France, les relations de la colonie avec la mère-patrie se multipliant de plus en plus. M. Boisset a étudié leur pathogénie dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine et qu'il a publié dans le *Marseille médical.*

L'ulcère phagédénique du Tonkin appartient au même groupe morbide que les ulcères de l'Annam, de la Cochinchine ; il rentre dans le même cadre nosologique que les ulcères phagédéniques de la Guyane, du Mozambique, de Madagascar, du Gabon, du Congo, de l'Oubanghi.

Il revêt deux formes : l'une grave, l'autre légère.

La forme grave, qu'il ne faut pas confondre avec la pourriture d'hôpital, est caractérisée par la rapidité de son invasion, par ses complications, par ses poussées gangréneuses, par son inoculabilité, par la prédominance de nombreux bacilles allongés dans la sérosité et le putrilage de l'ulcère.

La forme légère a, au contraire, des allures plus torpides ; elle limite ses lésions aux formes superficielles, l'engorgement ganglionnaire est rare ; elle est plus difficilement inoculable, surtout à la période de réparation. C'est peut-être la raison des divergences des auteurs sur la contagiosité de l'ulcère. Les bacilles allongés sont plus rares, les bâtonnets et surtout les cocci abondent.

Le mode de début et d'évolution, quelques caractères cliniques et bactériologiques portent à croire que certaines ulcérations, considérées comme ulcère phadégénique léger, sont très analogues à l'ulcère de Delhi, du Dendjed et même au clou tropique de l'Asie centrale.

Le phagédénisme ne tient pas exclusivement à la détérioration organique, produit par les climats chauds et les maladies (anémies, glycosurie, albuminurie, cachexie palustre, dysenterie, etc.)

A cette série importante de causes générales s'ajoute souvent l'action d'un bacille allongé, décrit dans le putrilage et dans la sérosité de l'ulcère phadégénique. On trouve

aussi ce bacille dans certaines eaux marécageuses du Tonkin Les faits cliniques indiquent également son existence dans la vase de certains arroyos. La même étiologie existe au Congo, au Gabon, etc., le long bacille phadégénique s'inocule dans des solutions de continuités traumatiques (piqûres de bambou, grattage des piqûres de moustique, plaies résultant de la marche, etc.) ou dans les ulcérations, parfois syphilitiques, mais le plus souvent consécutives à l'ouverture d'éruptions cutanées quelconques et, en particulier, de l'ecthyma si fréquent dans les pays chauds. La nature de ces ulcérations importe peu, ces lésions initiales ouvrent simplement une porte d'entrée aux microbes phadégéniques.

En résumé, les faits de contagion, les inoculations des cultures de la sérosité et du sang, prouvent encore que ce microorganisme joue un rôle dans la pathogénie de l'ulcère phadégénique, surtout lorsque le mauvais état général crée des conditions favorables d'évolution et d'opportunité morbide.

Un haricot dans la vessie. — M. Samoin a publié dans le *Journal des Sciences médicales de Lille* l'observation d'un malade qui s'était introduit un haricot dans l'urèthre, d'où il est passé dans la vessie. De cette note, il faut retenir les faits suivants : La rapidité avec laquelle évolue la cystite dans le cas de corps étranger. Il n'y avait que trois semaines que le haricot était dans la vessie, et le malade avait déjà eu des hématuries. La rapidité également avec laquelle disparaît cette même cystite, quand on extrait le corps étranger. Il est vrai que, dans le cas particulier, l'intervention chirurgicale a été faite de bonne heure.

La nécessité d'explorer à sec quand il s'agit de corps mous, altérables, généralement plus légers que l'eau, et flottant par conséquent à la surface du liquide vésical, et consécutivement les précautions avec lesquelles il faut mener cette exploration pour ne pas blesser les parois de l'organe. Le chirurgien a introduit d'emblée le lithotriteur pour aller à la recherche du corps étranger. C'est aussi le conseil de Poulet : « Car, dit-il, il est préférable à la sonde ; il en remplit le but et lui est supérieur par ses autres qualités ».

Poulet, dans son traité sur les corps étrangers, mentionne les haricots qu'on aurait rencontrés plusieurs fois. Ils avaient été introduits pendant l'ivresse par des mystificateurs ou des courtisanes. Le fait le plus intéressant est celui de Moraud, relaté dans son mémoire à l'Académie Royale de chirurgie. Un jeune homme, dans un but thérapeutique, s'était introduit trois fèves de haricot pour élargir son canal. Elles passèrent dans la vessie où elles devinrent le noyau de trois calculs du volume d'un œuf de pigeon ; on dut lui pratiquer la taille.

Un cas d'urticaire pigmentaire. — M. Derville (*Journal des Sciences médicales de Lille*, février 1894) rapporte un cas typique d'urticaire pigmentaire qu'il a observé chez une petite fille de 10 mois. L'affection avait débuté à l'âge de 6 semaines, l'évolution paraît avoir été tout particulièrement rapide, puisque la généralisation s'est faite dans un délai fort court.

Au moment de l'apparition des premières papules, l'enfant avait des troubles digestifs, mais ceux-ci paraissent n'avoir été que des accidents concomitants du début de l'urticaire, ils n'ont eu aucune influence sur le développement de la maladie, d'autant plus que l'amélioration des fonctions digestives n'a été accompagnée d'aucune modification de l'éruption cutanée.

Note sur un liquide anesthésique. — M. Mayet a fait à la Société de médecine de Lyon une communication sur un liquide anesthésique et antiseptique.

Quoique l'iodoforme employé en nature soit à la fois un anesthésique relatif et un antiseptique, il ne calme souvent qu'imparfaitement la douleur.

M. Mayet a cherché à composer un liquide antiseptique à propriétés anesthésiques plus marquées par la formule suivante :

Pétro-vaseline stérilisée par l'ébullition.	200	grammes
Iodoforme...........................	10	—
Cocaïne...........................	2	—
Acide oléique...........................	8	—

Cette dernière addition a été faite d'après le conseil de M. Baussenet, pharmacien.

L'alcaloïde est préalablement trituré avec la quantité indiquée d'acide oléique et l'on obtient un sel gras de cocaïne soluble dans la pétro-vaseline.

M. Mayet a employé ce mélange principalement comme moyen anesthésique dans les douleurs utérines. A cet effet, il taille une sphère en éponge très fine et très douce, parfaitement aseptisée, du volume d'une noix ou un peu plus qu'il attache avec un fi par le milieu et qu'il imbibe avec le liquide en question.

Ce tampon mis en contact avec le col remplace très avantageusement les tampons de coton ou de charpie ou même de gaze à pansement, lesquels se tassent et arrivent à former des corps durs difficilement supportés par l'utérus.

C'est un excellent topique dans les hystéralgies de causes diverses ; surtout dans celles des névropathes ou qui sont causées par l'antéversion ou la rétroversion dans les métrites cervicales.

M. Mayet a employé le même topique pour le pansement des panaris ou des plaies contuses de petite dimension et il serait utile pour le pansement des furoncles, anthrax et brûlures peu étendues en imbibant du coton ou de la gaze aseptique.

Il ne pourrait certainement être mis en usage sur des surfaces étendues à cause de l'absorption possible d'une quantité de cocaïne suffisante pour amener des accidents d'intoxication, lesquels se produisent même parfois dans les vastes brûlures par l'emploi de l'iodoforme

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Les régimes dans l'hyperchlorhydrie

L'hyperchlorhydrie ou maladie de Reichmann est une de ces affections que la clinique moderne a sorti du chaos confus des dyspepsies. Très étudiée dans ces derniers temps, elle a été l'objet, de la part de M. le docteur Mathieu, d'un travail important dans lequel les règles de l'alimentation ont été tracées avec soin.

Dans les cas les plus graves, on ordonnera le régime suivant :

Régime lacté, 2 litres et demi à 4 litres par jour, un demi-litre environ toutes les trois heures. Ajouter au besoin 100 grammes d'eau de chaux par litre le lait. Alcalins en quantité suffisante pour faire disparaître les douleurs dès qu'elles commencent à apparaître ; on peut employer un mélange de bicarbonate de soude, de magnésie ou de craie préparée administré par demi-cuillerées à café. Bientôt on adjoindra au régime lacté le gavage à la poudre de viande alcalinisée ; débuter par 50 grammes et aller jusqu'à 150 et même 200. La poudre sera introduite par la sonde toutes les fois que cela sera possible. La poudre de viande pourra être remplacée par la viande crue pulpée et débarrassée de la graisse, des tendons, des aponévroses, etc.

Deuxième régime convenant dans les cas moins intenses :

Lait, 2 litres et demi à 3 litres. Il est bon d'ajouter 20 grammes de lactose par litre de lait afin d'augmenter la proportion des hydrates de carbone. Œufs à la coque fort peu cuits, ou œufs bouillis préparés au lait. Potages au lait, au tapioca, pâtes, semoule,

farine de riz. Poudre de viande ou viande crue ; on peut essayer, mais avec prudence, de la poudre de viande diastasée pure ou mélangée à la poudre pure, on n'oubliera pas que cette préparation n'est pas toujours bien tolérée.

Lorsque cette alimentation est bien tolérée, on peut modifier le régime en abaissant la quantité de lait à 2 litres par jour (boisson unique) et en essayant des volailles, des riz de veau, des cervelles bouillis. Viande crue 100 à 150 grammes tous les jours ou tous les deux jours. Ne donner qu'une très petite quantité de sel et défendre tous les condiments. Les pommes de terre très farineuses en purée sont un excellent aliment féculent, gâteaux secs, biscottes, petite quantité de pain grillé; pas de pain ordinaire.

Enfin, lorsque le malade est très amélioré ou qu'il s'agit d'une hyperchlorhydrie intermittente quotidienne, on donnera des viandes grillées ou rôties, du jambon, des poissons maigres grillés ou frits, on pourra remplacer le lait comme boisson par des infusions chaudes ou non à température indifférente. Ultérieurement on permettra les purées de légumes secs, de julienne, de choux-fleurs, de légumes verts cuits, la marmelade de pommes, le pain grillé en quantité modérée, etc.

Le malade devra toujours ne manger que peu de pain, éviter les alcools, les aliments acides ou trop excitants, les condiments.

FORMULAIRE

—

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR L'ICHTHYOL

M. Marith Cohn a expérimenté l'administration interne de l'ichthyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Rec : Icthhyol.......... } åå 20 grammes
Eau distillée... . }

A prendre trois fois par jour 4 gouttes pour commencer ; la valeur de chaque prise est portée progressivement à 40 gouttes. Chez les enfants de 5 à 10 ans, administrer une dose moitié moindre.

Faire prendre le médicament de préférence avant les repas, et pour dissiper le mauvais goût que laisse à sa suite l'ingestion de l'ichthyol avaler un peu de café noir immédiatement après. Avoir soin de diluer les gouttes d'ichthyol dans une grande quantité d'eau (un demi-verre environ).

ACTION LOCALE DE L'ACIDE SALICYLIQUE

M. Th. H. Manley préconise la formule suivante :

Chloroforme.........	20	grammes
Teinture d'opium.... } Acide salicylique..... }	16	—
Alcool.............	120	—
Huile douce.........	360	—

D'après l'auteur qui a essayé ce mode de traitement, son action serait merveilleuse dans le rhumatisme articulaire, dans les douleurs articulaires, que les articulations soient enflammées ou non, dans le lumbago, la sciatique, la névralgie intercostale, voire même dans le rhumatisme blennorrhagique.

L'EAU CHLORÉE DANS L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE

Schubert recommande la solution suivante :

Chlore liquide.......	40	grammes
Eau distillée........	20	—

A prendre une cuillerée à café toutes les deux ou trois heures.

Le chlore liquide est une eau saturée de chlore à température ordinaire, et qui contient environ deux fois et demie son volume de ce gaz.

Cette solution a une saveur légèrement acide qui n'est pas désagréable, mais son odeur pénétrante provoque une sensation de picotement. Aussi, en l'administrant aux enfants doit-on leur pincer le nez pendant qu'ils avalent cette solution.

BIBLIOTHÈQUE

Le Choléra

par A. Lesage. — 1 vol. de l'Encyclopédie des Aide-Mémoire. — Paris, Masson, 1894

M. Lesage a été chargé du service des cholériques de l'hôpital Saint-Antoine pendant la dernière épidémie. Son livre est donc essentiellement clinique et basé sur des faits observés par lui. Avec M. Winter, M. Lesage a pu isoler en traitant les bouillons de culture du bacille virgule par l'acide sulfurique, un précipité toxique dont il a étudié les effets, et qui reproduit le choléra expérimental. Comme traitement, l'auteur préconise surtout la balnéation chaude. Si celle-ci améliore, la continuer. On obtient bon nombre de guérisons par elle seule pourvu qu'elle soit continuée et répétée, dès que le malade retombe en algidité. Si, malgré la balnéation chaude, l'amélioration est passagère et de courte durée, et bien plus, s'il n'existe aucune amélioration : transfusion, une ou plusieurs fois suivant les cas. Ne jamais abandonner le malade, malgré l'insuccès de plusieurs transfusions successives. Le succès vient souvent tardivement. Le choléra nous menace toujours, les règles tracées par M. Lesage doivent donc être toujours présentes à l'esprit. On trouvera, du reste, dans son livre, tous les détails techniques nécessaires.

Médecine légale militaire

par MM. Du Cazal et Catrin. — Encyclopédie des Aide-Mémoire. Paris, G. Masson, 1894

La médecine légale militaire est l'ensemble des actes par lesquels le médecin militalire intervient dans l'application des lois et des règlements qui régissent l'armée. Or, c'est à peu près dans tous les actes par lesquels il exerce ses fonctions que le médecin militaire fait œuvre de médecin légiste, d'expert. La sanction de cette mise en œuvre est tantôt une décision verbale (au Conseil de révision par exemple), tantôt la rédaction de certificats, tantôt la tenue de registres, qui conservent le texte des décisions intervenues.

Les certificats établis par les médecins militaires à la suite de leurs opérations d'expert sont rédigées sur des formules imprimées réglementaires. Un certificat médico-légal militaire comprend toujours deux parties : une partie médicale, comprise dans le corps du certificat, dans laquelle le médecin expose, en langue technique, son diagnostic anatomique et fonctionnel, et une partie administrative, que l'on désigne sous le nom de conclusions, dans laquelle le médecin doit inscrire, sans y rien changer, les conclusions réglementaires spéciales à chaque situation. MM. du Cazal et Catrin ont donné, pour chacun d'eux, les règles particulières spéciales à la rédaction des différents certificats. Dans leur petit livre, qui sera des plus utiles à nos confrères de l'armée, les auteurs ont passé successivement en revue les différentes positions dans lesquelles peut se trouver un homme, depuis son entrée dans l'armée jusqu'à sa sortie du métier militaire.

Manuel d'Hygiène coloniale

La Société française d'Hygiène, à la suite du Concours d'hygiène coloniale dont elle a couronné les travaux l'an dernier, vient de publier le *Manuel d'hygiène coloniale* qui

les résume. La commission de publication de la Société avait, à l'unanimité, confié la rédaction du manuel au docteur Ad. Nicolas (de la Bourboule) qui s'est fait une spécialité de ce genre d'études. L'auteur a justifié ce choix en donnant à son rapport le cachet original et personnel qui le distingue.

Le Manuel est divisé en deux parties : 1° le *Campement* ; 2° le *Colon*. Dans la première sont exposées les conditions hygiéniques du premier établissement en pays neuf, et l'assainissement des nouvelles et vieilles colonies. Dans la seconde sont étudiées les conditions de résistance du colon de toute race et de toute profession, et les moyens de maintenir et d'accroître cette résistance. Ce Manuel continue la série remarquable des *traités* populaires que publie la Société française d'Hygiène avec autant de zèle que de désintéressement.

Prix, 1 fr. 50. En vente, au siège de la Société, 30, rue du Dragon, et chez Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS, HYGIÈNE DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL, par le Dr S. ICARD. (1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise, avec 60 gravures dans le texte. — Ouvrage couronné par l'Académie de médecine et par la Société protectrice de l'enfance de Paris. — Félix Alcan, éditeur.)

Le premier devoir de la mère est de nourrir son enfant de son propre lait, mais il est des cas où, l'allaitement au sein étant impossible, l'allaitement artificiel s'impose comme une fatale nécessité. Du reste, si l'allaitement artificiel est si meurtrier, c'est moins la faute de la méthode que la faute de ceux qui l'emploient. La méthode a ses lois, et il ne faut point s'en écarter si l'on veut que son application donne de bons résultats.

Quelles sont donc les lois de l'allaitement artificiel ? Quel est le lait que nous devons choisir pour remplacer celui de la mère ? Le lait est-il la seule nourriture qui convienne à l'enfant ? Que penser des produits industriels présentés comme succédanés du lait ? Faut-il donner le lait pur ou coupé ? Quelle doit être la ration quotidienne, et quels sont les meilleurs procédés et les meilleurs appareils pour administrer le lait ? Celui-ci doit-il être cru, bouilli ou stérilisé ? La contamination est-elle possible par le lait cru ? Quelles sont les différentes méthodes de stérilisation du lait ? Quels sont les signes d'une bonne alimentation ? A quel âge convient-il de donner à l'enfant une nourriture plus substantielle que le lait, et qu'elle doit être cette nouvelle nourriture ?

Telles sont les questions que l'auteur traite dans ce livre, questions capitales et auxquelles devrait pouvoir répondre toute femme qui assume la responsabilité d'élever un enfant à l'allaitement artificiel. Il est du devoir du médecin de répandre autour de lui et de vulgariser ces notions si importantes d'hygiène de la première enfance.

COURRIER

—

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (médecine). — Vingt-huit candidats sont admis à subir la deuxième épreuve du concours de médecin du Bureau central. Ce sont :

MM. Vaquez, Duflocq, Launois, Ménétrier, Dalché, Springer, Bruhl, Belin, Queyrat, Lyon, Hudelo, L. Guinon, Wurtz, Toupet, Martin de Gimard, Jeanselme, Gallois, Jacquet, Barbier, de Gennes, Dubief, Courtois-Suffit, Legry, Thiroloix, Capitan, Florand, Pignol et Berbez.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Delbet et Glantenay.

— Le recteur de l'Académie de Nancy, assisté de tous les professeurs et des élèves de l'Ecole de pharmacie, du bureau de la Société de pharmacie, d'un grand nombre de pharmaciens de Nancy et du département, a remis au professeur Schlagdenhauffen, directeur de l'Ecole et ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, son buste, œuvre de Bussière, que lui offraient ses élèves à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Le professeur Bleicher, l'un de ses plus anciens élèves de Strasbourg, a prononcé un discours dans lequel il a retracé l'œuvre de l'éminent toxicologiste, et il a remercié au nom de ses élèves le savant de la distinction si justement méritée dont il a été l'objet.

— Le Conseil municipal autorise le docteur Bergeron à créer, à partir du 1er janvier prochain, des chambres mortuaires d'attente *privées.*

— On vient d'inaugurer, à Tunis, un Institut antirabique, fondé sous la direction du docteur Loir, élève et neveu de M. Pasteur.

— Un concours pour la nomination d'un interne en médecine de l'hôpital de Versailles s'ouvrira le 15 juillet 1894, à neuf heures du matin. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burgard, directeur de l'hôpital de Versailles.

— La Commission sénatoriale de l'armée a approuvé le rapport fait par M. le docteur Léon Labbé, sur la proposition de reporter à vingt-sept ans la limite d'âge, actuellement fixée à vingt-six ans, pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou du titre d'nterne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine.

— Un iradié vient de décider la création, à Constantinople, d'un hôpital pour les personnes mordues par des chiens ou autres animaux enragés. Il y sera adjoint un laboratoire bactériologique affecté à l'étude de la rage et du virus rabique. L'Institut recevra les victimes de la rage qui seront envoyées de toutes les parties de l'empire ottoman, en attendant la construction d'établissements analogues dans les provinces éloignées, établissements dont l'organisation et la direction seront confiées à un certain nombre d'élèves de l'École impériale de médecine qui auront acquis les connaissances nécessaires dans le laboratoire antirabique de Stamboul.

— Après un avis favorable du Conseil de l'Assistance publique, le Conseil municipal va être consulté sur l'acceptation du legs de Mme veuve Buisson, qui consiste en une propriété estimée 2,200,000 francs et destinée à être transformée en hospice.

Nécrologie. — MM. les docteurs Blanchon (de Blois), Chouppe (de Paris), Dard (de Custines), Langlois, médecin en chef du service d'hommes de l'asile d'aliénés de Maréville et Segay (de Bordeaux).

— Prix Civiale. — Un concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs, fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'administration avant le 15 octobre 1894, au plus tard.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La peste de Hong-Kong. — Le choléra de Lisbonne. — La statistique des maladies contagieuses à Paris.

Dans une de nos chroniques précédentes, nous parlions du ravage que la peste fait en Chine et du danger de la voir franchir notre frontière du Tonkin. Ces craintes ne se sont pas réalisées, jusqu'ici, du moins ; mais la maladie vient d'éclater à Hong-Kong. Cette île, située dans la baie de Canton a été, comme on le sait, cédée à l'Angleterre par le traité de 1842. Ce n'était alors qu'un rocher aride peuplé par des pêcheurs et des pirates; aujourd'hui, c'est une splendide colonie dont la population s'élève à 200,000 habitants. Elle constitue avec Shanghaï le grand entrepôt du commerce anglais dans l'Extrême-Orient.

La peste y règne depuis le mois d'avril. Elle y est venue de Canton où elle existait déjà au mois de février, et où la mortalité s'est élevée jusqu'à 500 décès par jour en avril et en mai. Le nombre des décès constatés à Hong-Kong à la date du 15 juin s'élevait à 1,500 ; il y en a maintenant une centaine par jour.

La mortalité porte surtout sur les indigènes et sur le quartier Victoria qu'ils habitent, et qui est d'une extrême insalubrité ; la moitié de la population chinoise a déjà quitté l'île et l'émigration continue. On ne trouve plus d'indigènes pour enterrer les morts et ce sont les agents de la police anglaise qui font ce service.

Quelques Européens ont également succombé. Il est question de détruire le quartier où l'épidémie s'est cantonnée, mais les habitants de Canton ont déclaré que si les Anglais brûlaient le quartier chinois d'Hong-Hong, on leur rendrait la pareille, en brûlant les établissements qu'ils possèdent sur le continent.

L'épidémie de Hong-Kong ne constitue pas une menace pour l'Europe ; cependant il ne faut pas trop dédaigner, à notre époque, les grandes maladies, parce qu'elles sévissent loin de nous. Le choléra, qui nous vient de presqu'aussi loin que la peste, doit nous rendre circonspects. Avec les bateaux à vapeur et à la faveur du canal de Suez, les distances sont rapidement franchies et, si nous n'avons pas eu de grandes épidémies de peste en Europe depuis celle de Marseille, en 1720, il s'en est pourtant produit dans notre siècle, sur quelques points de la Méditerranée : à Malte, en 1813; à Noïa, en 1815 ; aux Baléares, en 1819. Enfin, personne n'a encore oublié l'émotion très légitime qu'elle causa en 1878, lorsqu'elle franchit la mer Caspienne et qu'elle apparut tout à coup sur les bords du Volga. C'était au mois d'octobre 1878. Elle se montra d'abord dans le village de Vetlianka, puis, avec ces allures lentes et insidieuses qui la caractérisent, elle marcha de maison en maison, de village en village et elle en avait déjà envahi huit, et détruit le quart de leur population, lorsqu'arriva le général Loris de

Melikoff, muni de pleins pouvoirs. Il établit un triple cordon sanitaire autour des villages infectés; il fit creuser un fossé d'un mètre et demi autour de Vetlianka, et couvrir le cimetière d'un mètre de terre. Le village fut nettoyé à fond; les habitants furent lavés, dépouillés de leurs vieux vêtements qui furent brûlés et pourvus d'habits neufs. Plus tard on mit le feu aux maisons qui avaient été le plus particulièrement ravagées. Grâce aux mesures radicales, la peste fut étouffée sur place et l'Europe fut débarrassée d'une sérieuse préoccupation.

Nous n'aurons pas cette fois une alerte pareille à subir, je l'espère du moins. La peste est, avec le typhus, la maladie contagieuse sur laquelle l'hygiène a le plus de prise. Elle ne se développe qu'au sein des populations en proie à la misère et à la malpropreté, elle ne prospère que sur le fumier. Les grands foyers d'infection qu'elle trouvait tout préparés au sein de nos cités maritimes, dans les siècles précédents, ne sont pas encore, il est vrai, complètement assainis, mais l'hygiène y a fait assez de progrès pour que ce ne soit plus un terrain favorable à la peste. Il ne faudrait pas cependant s'endormir dans une sécurité trompeuse et la surveillance établie dans la mer Rouge, par la convention de Venise, fera bien de s'exercer, à ce point de vue, sur les provenances de Hong-Kong et de Canton. Elles sont déjà mises en quarantaine à Saïgon et dans les autres ports français de l'Indo-Chine.

Le typhus auquel je faisais allusion tout à l'heure, n'a pas complètement disparu de France. Il y en a eu, dans ces derniers temps, un certain nombre de cas dans le département de la Somme. D'après le compte rendu fait par l'Administration au Comité consultatif d'hygiène de France à la séance du 18 juin, on a compté 2 décès à Amiens, les 29 et 31 mai; des cas isolés se sont montrés à Poix, à Plenier-Rozamvilliers; il y a même eu une petite épidémie à Fourches, dans le même arrondissement. A la date du 31 mai on y comptait vingt personnes atteintes du typhus dont 7 avaient déjà succombé. On en a observé 2 cas dans l'Oise, 7 dans le département de Meurthe-et-Moselle et 2 à Dieppe. Enfin, on en a également vu quelques cas dans les hôpitaux de Paris. C'est évidemment un reste de l'épidémie de l'an dernier et la maladie continue à être transportée de ville en ville par les vagabonds.

— Le choléra a complètement disparu du Finistère. Depuis le 31 mai, on n'a pas enregistré un seul décès. Les renseignements reçus de Turquie par le ministère de l'intérieur, signalent une recrudescence de la maladie, mais les informations sanitaires sur l'état de la mer Rouge continuent à être satisfaisantes. A la date du 15 mai, 30,000 pèlerins avaient débarqué à Djeddah. On signale aussi la réapparition du fléau sur plusieurs points de la Russie, notamment dans les régions de l'Ouest et du Sud, ainsi que dans la Galicie autrichienne et dans la Haute-Silésie.

La lumière commence à se faire également sur l'étrange épidémie de Lisbonne. Des renseignements précis ont été adressés à M. Proust et à M. Netter par le docteur Mouton, médecin de la légation de France (1). D'un autre côté, le docteur de Camaro-Pestana, directeur de l'Institut bactériologique de Lisbonne, a fait parvenir des cultures du *bacille virgule* qu'il

(1) Docteur Netter : L'épidémie de Lisbonne. (*Presse médicale*, numéro du 16 juin 1894, p. 189.)

avait isolé, à M. Chantemesse, sous la direction duquel il avait étudié dans le laboratoire de M. Cornil (1) ainsi qu'à M. Netter.

Il résulte des notes publiées sur ce sujet par nos deux compatriotes que l'épidémie de Lisbonne a été surtout remarquable par son extrême bénignité. Elle a débuté au mois de décembre 1893, par quelques cas isolés, puis elle a été se développant jusqu'au 29 avril, époque à laquelle une décroissance très accentuée s'est produite, et, à la fin de mai, l'épidémie pouvait être considérée comme finie. Le 25 avril, le nombre des malades signalés jusqu'alors dépassait 5,000; depuis ce jour, on en a enregistré 650 environ, cela fait un total approximatif de 5,650 cas, et il n'y a eu que 5 décès ! On n'a fait qu'une seule autopsie suivie d'examen bactériologique.

C'est à se demander à quelle maladie nos confrères de Lisbonne ont eu affaire. Elle offrait tous les signes du choléra peu intense. « Les malades, « dit le docteur Mouton, sont pris de vomissements répétés, de diarrhée « devenant rapidement aqueuse, inodore, à caractère riziforme. Toujours « du refroidissement, parfois des crampes, un peu de cyanose ; puis, au « bout de trois à huit jours, ils sont guéris, ne conservant qu'un grand « affaiblissement des forces. » La Société des sciences médicales de Lisbonne, sur les rapports des docteurs Bombarda et Tararès, émit, le 25 avril, l'opinion qu'il s'agissait bien du choléra (2). Elle basait son opinion sur les symptômes observés, les lésions trouvées dans le tube digestif au cours de l'unique autopsie, la formation de foyers épidémiques secondaires dans les environs de Lisbonne par suite d'importation, et la contamination à distance par les effets des malades. Le docteur Montaldo, délégué sanitaire d'Espagne, a conclu, comme les médecins portugais, à l'existence du choléra.

Il n'était guère possible de porter un autre diagnostic ; mais c'est la première fois qu'on observe une bénignité semblable, pendant toute la durée d'une épidémie cholérique. On en a vu se signaler par le peu de gravité des premiers cas ; mais la mortalité allait croissant avec le nombre et ce n'est qu'à la fin qu'on voyait la proportion des guérisons l'emporter beaucoup sur celle des décès. La bénignité de l'épidémie de Lisbonne contraste avec le caractère de celle qui a sévi dans le reste de l'Europe, l'an dernier, et qui s'est fait remarquer, au contraire, par l'extrême gravité des cas et par leur petit nombre.

Il était intéressant de savoir si la bactériologie rendrait compte de ce fait anormal. MM. Chantemesse et Netter ont étudié à ce point de vue les cultures qui leur ont été envoyées de Lisbonne par le docteur Camaro-Pestana. Tous deux ont reconnu que le bacille qu'elles renfermaient différait du bacille de Koch et qu'il ne ressemblait à aucune des variétés isolées des selles cholériques depuis 1883. Toutefois, M. Chantemesse n'est pas aussi absolu que M Netter. Il trouve que le bacille de Lisbonne se place à côté du bacille virgule observé par Finkler et Prior dans l'épidémie de *choléra nostras* qu'ils ont décrite en 1884. Il en conclut que l'épidémie de Lisbonne doit être, au même titre, rattachée au choléra nostras et qu'elle démontre aussi l'existence autonome de cette variété à laquelle beaucoup de médecins refusent de croire.

(2) Docteur A. Chantemesse : L'épidémie cholérique de Lisbonne. (*Semaine médicale*, numéro du 13 juin 1894, p. 271.)

(1) *Revista de medicina è cirurgia*. Supplemente n° 8, 1894.

M. Netter reste dans le doute. « C'est à l'avenir de décider, dit-il, si l'épi-
« démie de Lisbonne est une de ces cholérines qui, d'après Jules Guérin,
« précèdent les épidémies de choléra, ou, s'il s'agit d'un choléra nostras
« d'essence différente du choléra indien, ayant son microbe particulier,
« distinct du vibrion de Koch. » Ni l'une ni l'autre de ces hypothèses n'est d'accord avec les faits observés jusqu'ici. La *diarrhée prémonitoire* de Jules Guérin était un symptôme de début qui a manqué le plus souvent dans les épidémies ultérieures. La cholérine, comme je l'ai dit plus haut, n'est qu'une forme fruste de choléra dont on observe des cas nombreux, surtout au déclin et au début des invasions, mais qui ne constitue jamais une épidémie tout entière. Enfin, le caractère essentiel assigné au choléra nostras, c'est l'absence de propagation. Les cas demeurent isolés et la maladie ne se répand pas. Or, à Lisbonne, non seulement elle s'est étendue aux villages voisins, mais on a cité des cas de transport par les effets des malades. Enfin, il paraît certain qu'elle a été importée des îles du cap Vert où elle sévissait avec sa gravité habituelle.

Il me semble impossible de ne pas admettre un lien commun entre toutes les petites épidémies qui se manifestent depuis quelques années sur le continent européen ; il est vraisemblable que les différences qu'on observe entre elles, tantôt sous le rapport du nombre des cas, tantôt sous le rapport de leur gravité, tiennent à ce fait que la maladie ne trouve plus, du côté de l'Occident, les conditions de misère, de malpropreté, d'encombrement, qui favorisaient autrefois ses ravages, et c'est pour cela que toutes ces explosions réunies ne font pas même la monnaie d'une des grandes épidémies d'autrefois.

— Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, dans sa séance du 22 juin, a tranché deux questions intéressantes. Il a décidé que les relevés statistiques des déclarations relatives aux maladies contagieuses seraient publiés par les soins de la commission permanente des épidémies. Il a donné son approbation à un rapport de M. Armand Gautier sur la proscription absolue du plomb dans la soudure des boîtes de conserves alimentaires. Je reviendrai plus tard sur ces deux sujets que l'espace ne me permet pas de traiter aujourd'hui.

Jules ROCHARD.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

De l'incision de la paroi abdominale dans la laparotomie

Il semble que tout ne soit pas dit sur cette question et que la préoccupation des chirurgiens soit toujours portée du côté de la possibilité d'une éventration à la suite de l'incision faite pour ouvrir l'abdomen.

Chacun, en effet, vante son mode de suture et on sait combien ils sont nombreux ; mais nous voyons même plus ; en Allemagne et en Angleterre on cherche par un procédé nouveau à se mettre à l'abri de toute hernie ultérieure.

C'est ainsi que FLATAU (dans le *Centralb. fur Gynœkol*, 1894, n° 12 p. 278) vante une incision, non plus faite sur la ligne médiane mais *extra médiane* pour employer son expression. A cet effet, il pratique son incision à 1 cm. à

gauche de la ligne médiane. Il coupe la peau et fait l'hémostase exacte de la plaie avec des pinces à forcipressure, puis il écarte, sans couper, les fibres du muscle droit, de sorte que l'ouverture de la cavité péritonéale se fait pour ainsi dire à sec. Après l'opération, il ne touche pas les lèvres de la plaie avec une solution antiseptique, mais les suture directement. Il a ainsi obtenu, dans 33 laparotomies, une réunion par première intention et une cicatrice pour ainsi dire inextensible, c'est-à-dire ne permettant pas la hernie, du moins chez des malades qui ont pu être suivis. L'incision extra médiane ne gêne en rien les manipulations qu'on a à faire dans la moitié droite de l'abdomen même quand elle est faite à gauche.

Voici maintenant un autre procédé plus compliqué qui nous est donné par WILLIAM FEARNLEY dans le *British medical journal* (du 9 juin, p. 1241).

Ce chirurgien fait un lambeau rectangulaire, dont la base est en dehors de la ligne médiane. Ce lambeau ne comprend que la peau et le tissu cellulaire. Arrivé à l'aponévrose, on se porte sur la ligne médiane, en pleine ligne blanche et on ouvre le péritoine comme dans une laparotomie ordinaire. L'opération terminée, on referme le ventre en suturant la ligne blanche sur la ligne médiane d'abord, suture qui est complètement recouverte par le lambeau cutané, suturé aussi à son tour.

Grâce à ce lambeau, l'incision du plan superficiel et celle du plan profond ne se trouvent pas en face l'une de l'autre et de cette façon, suivant l'auteur, il y aurait moins de chance de voir une hernie se produire.

Ce qui doit ressortir de tout ceci, c'est d'abord qu'on peut faire aujourd'hui l'incision de la laparotomie dans n'importe quelle partie de la région antéro-latérale de l'abdomen. Ce fait n'a, du reste, rien de nouveau, car avec les interventions sur le foie, sur le rein, etc., on est amené souvent à sectionner le plan musculo-aponévrotique dans la partie la plus commode.

Faut-il dire pour cela que la cicatrice soit moins solide? Non quand la suture est bien faite; mais peut-on dire avec M. Flatau que l'hémorrhagie est insignifiante? Nous ne le pensons pas. Nous avons ouvert l'abdomen à travers le muscle droit et même en allant avec ménagement et en se servant de la sonde cannelée, il arrive qu'on déchire des vaisseaux (de l'épigastrique, de la mammaire interne ou de leurs anastomoses) vaisseaux qu'on ne rencontre certainement pas sur la ligne médiane. Certes, cette hémorrhagie n'existe pas et il est à peine besoin de la prendre en considération; mais si on a à choisir, il nous paraît certain cependant que le lieu de prédilection de l'incision dans la laparotomie est la ligne médiane, puis le bord externe des droits, si on a à agir soit à gauche, soit à droite; enfin, on pourra inciser en pleins muscles larges si les lésions l'exigent.

Le point capital, pour que l'éventration ne se produise pas, c'est de faire, comme nous l'avons dit, une bonne suture, de bien affronter les parties similaires. Ici encore, on a beaucoup discuté sur le nombre de plans que l'aiguille et le fil devaient constituer. Les un vantent, en effet, la suture du péritoine, suivie de la suture des muscles et de l'aponévrose, tout cela à la soie, et enfin terminent par coudre la peau avec du crin de Florence. Ils ont ainsi d'excellents résultats. D'autres, au contraire, ont conservé la suture profonde et superficielle au fil d'argent et ils ont ainsi de très bonnes cicatrices. Ce qu'il faut bien savoir, c'est que dans l'un comme dans l'autre cas, il faut bien prendre le péritoine, suturer aussi solidement le plan aponévro-

tique et musculaire et, de cette façon, on peut être sûr que l'éventration ne se reproduira pas.

Il est bien certain que la région des droits est de beaucoup la meilleure à cause même de l'épaisseur de l'aponévrose en cette région. Il est clair que sur les parties latérales, la paroi est moins forte, il n'en faudra que soigner d'autant plus la suture.

Enfin, dans les cas où on a à ouvrir l'abdomen une seconde fois, on peut sans crainte refaire son incision sur la première. Il faudra cependant se rappeler qu'on agit sur un tissu cicatriciel et par conséquent prendre toutes les précautions que nous avons indiquées.

E. R.

Sur quelques points de bactériologie

Il est inutile de rappeler ici l'importance des Annales de l'Institut Pasteur et l'intérêt des questions qui y sont traitées.

M. Metchnikoff nous procure l'occasion d'en donner une preuve au public médical. Il n'est pas sans intérêt de rappeler, en ce moment où on s'occupe beaucoup du choléra, ce qu'il a écrit à ce sujet.

Metchnikoff. — Sur la variation artificielle du vibrion cholérique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur* 1894, n° 5, p. 257.)

L'étude bactériologique présente une grande importance dans le diagnostic du choléra asiatique, notamment au début de l'épidémie et dans des cas douteux. Or, les bactériologistes sont loin d'être d'accord sur la valeur de la plupart des caractères du vibrion cholérique.

L'auteur du mémoire en tête insiste sur la grande variabilité de ces caractères en général et de la forme extérieure des vibrions en particulier. Il a réussi de transformer le bacille virgule typique en une forme mince et allongée et de la signaler en deux races distinctes et héréditaires. Cette transformation s'opère lorsqu'un vibrion cholérique trapu et recourbé en virgule se développe pendant longtemps (un à deux mois) dans de l'eau peptonée.

Dans une note de son mémoire, M. Metchnikoff parle d'un moyen de donner le choléra intestinal à des animaux des laboratoires. D'après une communication verbale de l'auteur, nous pouvons ajouter que ce résultat peut être obtenu en donnant à ingérer à des jeunes rongeurs des cultures du vibrion cholérique, associées avec celles de certains autres microbes, isolés des organes digestifs de l'homme.

Mettons aussi sous les yeux de nos lecteurs le travail du docteur Lœvenberg, sur le *microbe de l'ozène*, travail du laboratoire de M. Metchnikoff à l'Institut Pasteur, *Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1894, p. 292.

Déjà, en 1881, au congrès médical international de Londres, l'auteur avait signalé dans le mucus nasal des sujets atteints d'ozène, la présence de très gros coccus immobiles, groupés deux par deux, ne se colorant pas par la méthode de Gram, et assez semblables à celui de la pneumonie.

Aujourd'hui, il complète cette découverte par l'exposé des caractères morphologiques et biologiques de ce même microbe qu'il considère comme la cause première de l'ozène.

Quand on ensemence le mucus ozénique sur plaque de gélatine, on obtient une véritable culture pure du microbe en question donnant des colonies blanchâtres, larges, demi-transparentes prenant par dessiccation un aspect granuleux ou coupé de cercles

concentriques comme un grain de fécule de pomme de terre vu au microscope. Elles ne liquéfient pas la gélatine.

En piqûre dans la gélatine on voit se former, au bout de peu de temps, tout le long du passage du fil de platine une bande contenant plusieurs rangées parallèles de grains plus ou moins fins de couleur jaunâtre.

A la surface de la gélatine il se forme un disque blanc opaque. Il s'épaissit mais sans atteindre la forme de tête de clou exubérante que prend la culture du pneumobacille dans les mêmes circonstances.

Sur gélose, couche mince unie d'un blanc sale, grisâtre.

Sur bouillon peptonisé, il forme lentement un faible dépôt composé de grumeaux et de filaments, au-dessus duquel le liquide reste clair. Le bouillon reste alcalin et ne dégage pas de gaz.

Sur pomme de terre, on observe d'abord des traînées blanches d'apparence grasse qui deviennent bientôt confluentes. En vieillissant la culture et la pomme de terre deviennent brunâtres.

Le microbe de l'ozène croît dans les milieux privés d'air quoique péniblement.

Mais ce qu'il y a de curieux, c'est que dans ces divers milieux, au lieu de dégager l'odeur si repoussante de l'ozène, il dégage plutôt des odeurs agréables.

Ainsi, d'après M. Lœwenberg, les plaques de gélatine sur lesquelles il a poussé exhalent un parfum ressemblant à celui des fleurs de sureau ou de celles de troëne.

Même odeur sur les milieux gélosés.

Le microbe de l'ozène est généralement encapsulé quand on l'examine dans le mucus nasal des malades et toujours quand on le tire du sang des animaux morts à la suite de son inoculation.

Dans les cultures, la présence de cette enveloppe est fort variable.

Le cocco-bacille de l'ozène, comme le nomme l'auteur, a beaucoup de ressemblance avec le pneumo-bacille de Friedlaender, même forme, même capsule, même coloration par les couleurs d'aniline, même décoloration par le procédé de Gram.

D'après M. Lœwenberg, il en différerait cependant par la manière de se conduire dans les cultures, entre autres dans le lait. Le cocco-bacille de l'ozène ne s'y développe guère et n'y provoque aucun changement, le pneumo-bacille y prospère et le fait coaguler en le rendant acide.

D'ailleurs, dans des essais de vaccination, dans les détails desquels nous ne pouvons entrer ici, l'auteur ayant réussi à donner à une souris l'immunité contre le pneumobacille de Friedlœnder, celle-ci succomba à une injection de cocco-bacille de l'ozène, et inversement, une souris immunisée contre le bacille de l'ozène était tuée par une injection de pneumocoque.

Ces expériences plaident évidemment en faveur de la non identité des deux microbes.

Ajoutons enfin pour terminer que le cocco-bacille de M. Lœwenberg est très pathogène pour les animaux, particulièrement pour les souris blanches ou grises.

Les cobayes résistent à l'inoculation sous-cutanée du microbe, mais succombent sans exception à son injection dans la cavité abdominale.

Le sang des animaux qui ont succombé renferme le cocco-bacille à l'état de culture pure.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin. — Présidence de M. Ferrand

Suppression brusque de la morphine dans la morphinomanie

M. J. Voisin. — M. Comby et M. Sollier ont rapporté, dans les précédentes séances, des observations de morphinomanes traités par la suppression brusque de la morphine. Depuis dix-huit ans qu'il est médecin du Dépôt de la préfecture, M. J. Voisin y a observé beaucoup de morphinomanes; il a conservé d'intéressantes notes sur trente-six de ces malades.

Les prisonniers qui arrivent au Dépôt sont fouillés. Les seringues hypodermiques et les solutions de morphine leur sont enlevées. Dès le lendemain les morphinomanes réclament des piqûres en se plaignant de douleurs intolérables, de malaise, d'insomnie. Les piqûres leur sont refusées ; on leur prescrit du café noir, une potion de Todd et une pilule dont on ne leur dit pas bien entendu la composition et qui est faite de mie de pain et d'un peu poudre de gentiane.

Généralement les malades sont pris le surlendement de vomissements et de diarrhée; ils réclament avec insistance de la morphine qui leur est toujours refusée à moins d'une menace de syncope.

Ordinairement les morphinomanes se résignent assez vite, les troubles gastro-intestinaux cessent, l'appétit revient, et du dixième au quinzième jour la guérison est complète.

M. Voisin pense que le régime sévère auquel sont soumis les prisonniers joue le principal rôle dans leur guérison ; la suggestion par la pilule de mie de pain est un précieux auxilliaire ; enfin le café et le Tood agissent comme toniques.

M. Hayem demande comment ces individus deviennent morphinomanes ? Sont-ce des psychopathes purs ou bien des morphiniques, ayant pris l'habitude de la morphine à la suite de l'emploi thérapeutique de cette substance ?

M. Voisin. — Dans presque tous les cas, c'est à la suite d'un traitement par la morphine que les malades s'y sont habitués. Beaucoup présentent une tare nerveuse héréditaire. Deux individus cependant, parmi tous ceux que M. Voisin a soignés au Dépôt, ont essayé de dissimuler leur passion pour la morphine. Ces deux malades n'avaient pas d'antécédents nerveux héréditaires. Ils ont guéri rapidement et très probablement d'une façon complète.

M. Rendu rapporte le cas d'une malade morphinomane après un traitement par la morphine, chez laquelle il est parvenu à remplacer la morphine par de l'eau simple. La malade ne s'aperçoit pas de la substitution. Bien plus, il suffit de pincer fortement la peau au moment d'une piqûre ; elle croit ressentir la piqûre de l'aiguille et s'imagine qu'on lui a fait son injection de morphine ; les bons effets ne tardent pas à se montrer.

M. Hayem. La malade de M. Rendu est elle une morphinomane vraie ? Les morphiniques ne se trompent pas et reconnaissent très bien si on a substitué l'eau à la morphine.

Un cas d'amygdalite coli-bacillaire

MM. Lermoyez, Helme et Barbier. En étudiant les angines de la scarlatine, M. Bourges a rencontré plusieurs fois dans l'exsudat pharyngé le bacterium coli. Plus récemment encore, MM. Bourges et Hudelo signalaient la présence de ce micro-organisme dans les fausses membranes des syphilides pharyngées diphtéroïdes. Mais, dans tous ces faits, le coli bacille était associé à d'autres microbes pathogènes. Voici un cas où, au contraire, le coli bacille était le seul auteur de l'angine.

Un jeune homme de 19 ans, sujet depuis son enfance aux amygdalites aiguës, est pris à la fin de janvier dernier d'une amygdalite intense. Au bout de deux jours, la fièvre tombe, les phénomènes aigus s'amendent, mais l'état général reste mauvais : pâleur, malaise, anorexie. La gorge est encore un peu douloureuse et présente d'ailleurs de petits points blancs au niveau des cryptes. Cet état local résiste, pendant environ deux mois, à tout traitement.

A ce moment, les amygdales présentent encore un semis de points blanchâtres enchâssés dans les cryptes amygdaliennes et dépassant le tissu environnant qui semble sain ; au centre de l'amygdale gauche existe comme un cratère tapissé d'une véritable fausse membrane épaisse, résistante, difficile à détacher ; au-dessous d'elle la muqueuse est intacte et ne saigne pas. Pas d'engorgement ganglionnaire.

En même temps qu'un peu de dysphagie il existe des troubles digestifs plus accentués, qui sont évidemment en rapport avec les lésions amygdaliennes, puisqu'ils disparaissent toutes les fois qu'on enlève les exsudats, tandis qu'ils reparaissent à mesure que ceux-ci se reproduisent.

Après avoir pendant six semaines essayé sans succès de traiter cette amygdalite par divers badigeonnages antiseptiques, des cautérisations à l'acide chromique, au galvanocautère, la guérison est enfin obtenue en détruisant les amygdales par morcellement. Les phénomènes généraux disparaissent complètement.

L'ensemencement sur divers milieux de l'exsudat amygdalien, avait donné une première fois une culture pure d'un bacille offrant tous les caractères du bacterium coli et n'en différant que par l'absence de réaction de l'indol et le peu d'énergie de son action fermentative sur la lactose. Un deuxième examen bactériologique donna les mêmes résultats. Néanmoins, en raison de tous ses autres caractères, ce micro-organisme était évidemment le bacterium coli. Sur les coupes des fragments amygdaliens enlevés par morcellement, on voyait de nombreux bacilles sous l'épithélium de revêtement et dans la profondeur. On ne trouvait aucun autre microbe.

Il existe donc une forme d'amygdalite chronique non encore signalée, causée par le bactérium coli et qui diffère cliniquement des lésions amygdaliennes connues :

1° Par son évolution chronique ; 2° par sa résistance à tous les moyens de traitement usuels ; 3° par le peu d'intensité des phénomènes locaux ; 4° par un retentissement sur l'état général et surtout sur le tube digestif, hors de proportion avec la lésion locale ; 5° par l'aspect caractéristique des lésions amygdaliennes simulant à s'y méprendre la pharyngo-mycose ; 6° par l'intégrité du reste de la gorge ; 7° par l'absence de retentissement ganglionnaire.

M. Le Gendre : Les amygdalites chroniques, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas rares chez les enfants. Souvent on trouve l'albuminurie parmi les phénomènes que ces amygdalites tiennent sous leur dépendance. Ces amygdalites résistent même à des traitements énergiques. Dans un cas, observé par M. Le Gendre, il fallut pratiquer comme dans celui de M. Lermoyez le morcellement de l'amygdale. L'amygdalite était accompagnée d'albuminurie. L'albumine disparut dès l'intervention.

M. Hayem fait une longue communication sur *les troubles évolutifs de la digestion.*

M. Marie lit au nom de M. Lop, de Marseille, une observation de *Zona hémorrhagique primitif.*

M. Netter communique au nom de M. Brunon, de Rouen, un cas de *pleurésie purulente métapneumonique,* guérie après deux ponctions, une vomique, une pleurotomie (qui démontra que la cavité pleurale ne contenait plus de pus) et un large drainage de la région pectorale, dans laquelle le pus avait fusé à travers un espace intercostal.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

—

Séance du 14 juin 1894. — Présidence de M. Fournier

Des teignes tondantes à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis

M. Beclère : Chargé depuis cinq mois de la direction médicale de l'école des enfants teigneux à l'hôpital Saint-Louis, je me suis efforcé de vérifier d'après nature, dans leur application à la clinique, les travaux du laboratoire de M. Besnier, sur la pluralité des teignes tondantes.

Sur près de 200 enfants atteints de tondante, l'examen microscopique maintes fois répété des cheveux malades, des cultures en grand nombre, m'ont démontré d'une façon absolument certaine, ainsi qu'à tous ceux qui ont pris part avec moi à ces recherches de contrôle, qu'il existe bien deux teignes tondantes distinctes, causées par des parasites différents et caractérisées au microscope, l'une par de petites spores agrégées en mosaïque autour du cheveu, l'autre par de grosses spores ordonnées en chaînettes à l'intérieur du cheveu. Le diagnostic différentiel de ces deux maladies, toujours facile à l'examen microscopique, toujours confirmé par la culture, est possible à l'œil nu avec une suffisante habitude, comme en témoigne l'expérience journalière des élèves du service. S'il est prouvé que seul l'agent de la tondante à grosses spores est un trichophytose, on peut réserver à cette maladie le nom de tondante trichophytique ; la tondante à petites spores mérite d'être appelée tondante spéciale de Grüby-Sabauraud.

Quelquefois, mais très exceptionnellement, la tondante à petites spores peut s'accompagner, chez l'enfant qui en est porteur et même chez l'adulte, de lésions circinées de la peau glabre dues au même parasite. Les deux maladies présentent dans leur évolution, leur durée, les limites d'âge entre lesquelles elles s'observent et leur degré de contagiosité, des différences que seule une observation attentive de plusieurs années appuyée sur des faits nombreux, pourra définitivement fixer ; mais ces différences semblent bien dans leurs grandes lignes celles qu'indique M. Sabouraud.

Cet observateur a poussé plus loin la division des teignes tondantes. J'ai dit les deux espèces de tondantes les plus fréquentes, entre lesquelles se partagent les enfants de l'école. Mais la teigne tondante à grosses spores comprend elle-même plusieurs espèces secondaires dont l'observation clinique, l'examen microscopique et la culture, m'ont permis de constater la réalité et de faire le diagnostic différentiel en vérifiant l'exactitude des descriptions de M. Sabouraud.

En résumé, je crois que le moment est venu, pour tout médecin chargé de soigner des teignes tondantes, de tenir grand compte dans la pratique des remarquables découvertes de notre collègue : il doit leur demander un diagnostic plus précis, un pronostic plus sûr qui le garderont des illusions thérapeutiques et l'aideront dans la recherche toujours poursuivie d'un traitement rapide et certain.

Un traitement spécial de la période terminale de la teigne tondante

M. Louis Wickham. — L'évolution de la teigne comporte une période terminale caractérisée par la présence de plaques minuscules, de un à dix poils malades. Cette période terminale est parfois extrêmement longue et rebelle, comme j'ai pu m'en rendre compte dans une épidémie récemment observée. Frappé du contraste qui existe entre l'exiguïté des lésions et le dommage moral et intellectuel causé à l'enfant par suite de son absence prolongée de l'école, il me semble qu'il convient de traiter radicalement par la destruction ce qui reste des lésions. Ce traitement, en quelque sorte chirurgical de la période terminale, comporte trois procédés : l'électrolyse, l'électro-cautère, l'huile de croton.

Ces procédés sont très efficaces, ils abrègent la période terminale de plusieurs mois,

mais ils sont très délicats à employer, demandant une certaine expérience et des règles précises.

L'électrolyse est le traitement de choix en ville. L'électro-cautère, pour lequel j'emploie une pointe très fine spéciale, est plus rapide, mais plus brutal. Ce procédé convient mieux à l'hôpital. Ces modes de traitement ne doivent être employés que pour les plus petites plaques comportant de deux à quatre poils malades. C'est surtout pour l'emploi de l'huile de croton qu'il faut observer avec le plus grand soin les règles prescrites. Ce caustique peut être employé pour des plaques un peu plus grandes, variant de cinq millimètres à un centimètre de diamètre, mais jamais plus. Entre des mains inexpérimentées, il peut être très nuisible. Bien employé, son efficacité est évidente. Dès que la plaque est réduite à quatre ou cinq poils malades on a recours, pour la guérison complète à l'électrolyse ou à l'électro-cautère.

Voici comment il faut se servir de l'huile de croton. On commence par appliquer une goutte d'huile, on laisse quelques secondes, puis on essuie vigoureusement avec de l'ouate hydrophile. D'après l'irritation produite au deuxième ou troisième jour, on se rendra compte du degré de résistance des tissus et l'on emploiera, quand on fera une autre application, une dose plus forte ou plus faible suivant le cas.

L'huile produit une folliculite légère. Il se forme des croûtes. L'opération sera répétée dès qu'après la chute des croûtes, l'inflammation aura disparu.

Périostite orbitaire hérédo-syphilitique

M. Trousseau. — Je tiens à insister sur un cas rare de périostite orbitaire hérédo-syphilitique, surtout remarquable par l'intensité des phénomènes cérébraux qui l'ont accompagné et qui ont pu faire croire à l'existence d'une méningite tuberculeuse. Une fillette de deux ans et demie m'était conduite dans un état comateux avec une immobilité et dilatation des pupilles et une exophtalmie considérable de l'œil droit, dont les paupières étaient rouges et gonflées. Depuis quinze jours l'enfant, jusque-là bien portante, était devenu triste, abattue, poussant des cris la nuit, portant la main à sa tête, puis avait des crises convulsives précédant le coma que j'observais. Le père avait eu la syphilis trois ans avant son mariage, mais la mère et l'enfant semblaient indemnes. Néanmoins, je préférai me rallier au diagnostic de périostite syphilitique, plutôt qu'à celui d'orbitis tuberculeuse avec méningite de même nature. Les événements me donnèrent raison, car en quelques jours, sous l'influence de l'iodure et des frictions, la petite fille fut débarrassée de son exophtalmie et revint à la santé parfaite.

La syphilis héréditaire affecte très rarement les os plats ; la localisation à l'orbite est donc exceptionnelle, ce qui fait l'intérêt de cette observation, laquelle montre encore combien est facile la confusion entre l'hérédo-syphilis cérébrale et la méningite tuberculeuse, et combien il est intéressant de préciser rapidement un diagnostic dont dépend souvent la vie du malade.

Fièvre syphilitique

M. de Beurmann rapporte un exemple de fièvre syphilitique ; la malade était entrée à Lourcine pour une métrite, lorsque à la suite d'un curettage qui avait réussi, apparut une fièvre qui dura pendant trois semaines. Au bout de ce temps, on vit se développer des syphilides papulo-squameuses, et dès que le traitement mercuriel fut institué, la fièvre cessa. Elle ne dépendait en rien de l'opération faite sur l'utérus.

Présentation de malades

M. Gastou présente un malade porteur d'un angiôme congénital progressif occupant le membre inférieur gauche, le scrotum et la région ischiatique du même côté.

Il montre un second malade qui a des lésions en placards sur les membres inférieurs,

la gorge, le voile du palais, la main gauche. Il a, en outre, des ulcérations multiples des deux pieds avec syndactiles des orteils; la première a succédé à une piqûre de ronce.

— Une malade de M. Leredde atteinte de lupus érythémateux typique, a des adénopathies cervicales. Un de ces ganglions a suppuré et on a pu isoler le bacille tuberculeux à l'état pur. Ce fait prouve une fois de plus la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

— MM. Gaucher et Barbe présentent deux malades atteints d'un érythème pellagieux, contracté en s'exposant au soleil de Mars, et un troisième malade qui a de nombreuses lésions d'arsenicisme professionnel.

COURRIER

Un groupe extra-parlementaire de médecins. — Les étudiants en médecine et la loi militaire. — Les médecins des deux Chambres se sont réunis et ont décidé qu'ils formeraient un groupe extra-parlementaire destiné à s'occuper, au point de vue professionnel, des questions intéressant le corps médical. M. L. Labbé a été nommé président, MM. Cornil et Lannelongue, vice-présidents.

Dans sa première réunion le groupe s'est occupé de la loi qui propose de porter de 26 ans à 27 la limite d'âge des étudiants en médecine, au point de vue de leurs obligations militaires.

Cette loi a beaucoup de chance, paraît-il, d'être acceptée par les deux Chambres et ce, à brève échéance.

La loi se présente au Sénat avec l'appui unanime de la commission de l'armée et avec l'approbation du ministre de la guerre. Ajoutons que les médecins de la Chambre, qui font partie de la réunion dont nous venons de parler (et ils sont nombreux), ont promis de s'employer à ce que la loi ne s'égare pas dans les cartons du Palais-Bourbon.

Congrès de chirurgie français a Lyon. — Un comité local, composé de tous les membres lyonnais de l'Association française de chirurgie et de tous les chirurgiens des hôpitaux de Lyon, s'est déjà réuni pour s'occuper de l'installation matérielle du Congrès. Ce Comité local est représenté par un bureau composé de M. le docteur Gailleton, maire de Lyon, président d'honneur ; de M. Ollier, président ; de MM. Delore, Dron, Gayet, Laroyenne, Poncet et Rollet, vice-présidents ; de M. Gangolphe, secrétaire général, et de MM. Rochet et Etienne Rollet, secrétaires.

Condamnation d'un pharmacien. — Depuis longtemps, à la vitrine d'un pharmacien de la rue Colbert s'étalait l'annonce d'un vin propre à remédier aux « suppressions de règles ou aux *retards inquiétants* ». Le parquet de Reims s'est ému de cette provocation publique à l'avortement et il a fait saisir un flacon de ladite spécialité. L'analyse n'y a pas révélé la présence de substances abortives, de sorte que les femmes attirées par l'annonce alléchante n'absorbaient qu'un mélange amer inoffensif : c'était moins grave, mais c'était d'une honnêteté douteuse ; le parquet n'a pu retenir que le délit de vente d'un remède secret, et le pharmacien a été condamné à 500 francs d'amende.

(*Union médicale du Nord-Est.*)

Le Gérant : **L.-G. RICHELOT.**

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

BULLETIN

On était loin de se douter, quand M. le professeur Ollier recevait des mains du Président Carnot la croix de commandeur de la Légion d'honneur, qu'il aurait à intervenir, le soir même, avec son collègue le professeur Poncet, pour tenter presque l'impossible et essayer d'arracher à la mort le Président de la République.

La profession médicale a de ces cruelles surprises ! et, à considérer la succession des événements, il est certain que la chirurgie aura de plus en plus à exercer son pouvoir au sein de notre société moderne.

Le Président de la République française est mort en trois heures. On ne pouvait donc avoir aucun doute sur la nature de la lésion faite par le poignard de l'assassin. Il s'agissait d'une hémorragie due à la blessure d'un gros vaisseau ou à une vaste plaie de la glande hépatique. L'autopsie a été pratiquée et, à l'heure qu'il est, tous les journaux politiques en ont donné le texte. La presse médicale ne peut passer sous silence un document aussi important et nous le transcrivons aussi bien pour en fixer les termes que pour marquer une date.

Voici le texte du procès-verbal :

« Les docteurs en médecine soussignés ont procédé aujourd'hui à l'autopsie de M. le président de la République française. Ils ont constaté les lésions suivantes :

« La blessure siégeait immédiatement au-dessous des fausses côtes droites, à trois centimètres de l'appendice xiphoïde. Elle mesurait de 20 à 25 millimètres et la lame, en pénétrant, avait sectionné complètement le cartilage costal correspondant.

« La lame du poignard a pénétré dans le lobe gauche du foie, à 5 ou 6 millimètres environ du ligament suspenseur. Elle a perforé l'organe de gauche à droite et de haut en bas, blessant sur son passage la veine porte qu'elle a ouvert en deux endroits. Le trajet de la blessure dans l'intérieur du foie est de 11 à 12 centimètres.

« Une hémorragie intra-péritonéale, fatalement mortelle, a été le fait de cette double perforation veineuse.

« Lyon, 25 juin 1894.

« Signé : Docteurs Laccassagne, Henri Coutagne, Ollier, Rebatel, Poncet, Michel Gangloff, Fabée. »

Ainsi donc, la veine porte était atteinte en deux endroits et le foie était blessé sur une étendue de 11 à 12 centimètres. On sait que l'hémorrhagie causée par la blessure de cet organe est presque toujours mortelle à cause de la friabilité même du tissu hépatique qui se laisse sectionner par les fils à ligature. Quant à la blessure de la veine porte, c'est encore une lésion au-dessus de la portée de notre art, car sa ligature totale, quand elle peut

être faite à temps, entraîne la mort à cause de l'importance même des fonctions de ce canal veineux.

Le coup porté avait donc été terrible et avait causé des lésions rapidement mortelles.

De l'hystérectomie vaginale dans le cancer et les affections non cancéreuses de l'utérus (1)

INTRODUCTION

Ce livre n'est pas un traité écrit dans la forme classique, une histoire complète de l'hystérectomie vaginale, de ses procédés multiples, des opinions d'auteurs et des controverses qu'elle a provoquées. Il ne contient ni recherches bibliographiques, ni compilations studieuses. C'est l'exposé pur et simple de ma pratique pendant cinq années (1889-93).

Ma première opération remonte au 8 août 1885. Mais, pendant quatre ans, l'hystérectomie vaginale est faite à bâtons rompus, essayée timidement contre le cancer, exécutée sans règles précises ; elle se traîne au milieu des tâtonnements et des critiques. Tout change à partir de l'année 1889 ; le manuel opératoire est fixé, les indications s'étendent, la méthode lutte, soutient les assauts et finit par être acceptée.

J'ai, pour ma part, deux séries de faits bien nettement séparées, correspondant à ces deux périodes. La première, qui s'arrête à la discussion de la Société de chirurgie en octobre 1888, est peu nombreuse et médiocrement satisfaisante ; je la rappelle en termes précis, je ne dissimule rien de ses défauts, et je passe en revue les causes de mes premiers échecs. La seconde est beaucoup plus intéressante ; elle contient des chiffres importants et fait voir l'opération sous son vrai jour, dégagée des entraves que lui créait notre inexpérience. Elle comprend 274 cas d'hystérectomie vaginale, dont 44 pour le cancer utérin et 230 pour les affections non cancéreuses, avec une mortalité de 5 pour 100.

Etant données les difficultés extrêmes de certains cas, la situation désespérée de quelques malades, enfin l'habitude que j'ai d'accepter les responsabilités les plus graves pourvu qu'elles soient raisonnables, j'ai bien le droit d'affirmer que cette nouvelle série est heureuse et répond victorieusement aux attaques pressantes par lesquelles on a cherché, depuis dix ans, à nous détourner du but que nous voulions atteindre. Je puis dire aussi qu'elle met en lumière les résultats normaux de l'hystérectomie vaginale, et que, pour montrer l'opération telle qu'elle est, je devais négliger les obscures tentatives de la période initiale et faire porter mon étude sur les cinq dernières années.

Chaque semaine apportant de nouveaux faits, j'aurais pu continuer longtemps avant de rien conclure. Comme il fallait bien en finir, mon relevé s'arrête au 31 décembre 1893 ; les opérations de cette année le porteraient dès aujourd'hui à 325 cas.

Je date ce livre du 28 février 1894, parce que j'ai écrit à ce moment les chiffres qui correspondent aux dernières nouvelles reçues de mes opérés. Cette précision est de rigueur, surtout lorsqu'il s'agit de la survie des cancéreuses. Mais, tandis que je mets la dernière main à mon travail, le temps marche et trois mois déjà doivent être ajoutés aux chiffres susdits (p. 39).

(1) Paris, Doin, 1894.

Un seul des résultats que j'annonce doit être modifié : l'avant-dernière de mes cancéreuses (n° 248) est en pleine récidive.

J'ai attendu longtemps avant d'écrire, sur mes hystérectomies vaginales, un travail d'ensemble. Il y a des chirurgiens qui, après deux ou trois opérations de même espèce, nouveaux initiés tout fiers d'avoir réussi, prennent la plume, rassemblent des arguments et jugent des faits qu'ils ont à peine entrevus ; il y en a d'autres qui, par nécessité ou par goût, n'opèrent qu'à de rares intervalles, et au bout de quelques mois possèdent ou croient posséder toute l'expérience qu'ils pourront jamais acquérir. Les uns et les autres ne peuvent avoir qu'une vue étroite et une conduite mal assurée. Si, au contraire, on attend que les faits s'accumulent, bientôt la question paraît sous un autre angle, elle se complique et s'élargit. C'est quand on a beaucoup vu qu'on apprécie tout ce qu'il faut encore apprendre. Ceux qui aiment à parler de ce qu'ils savent et à conclure avec précision doivent se résigner à moins écrire, à occuper moins souvent la tribune des Sociétés savantes.

Je dirai maintenant comment j'ai conçu la rédaction de ce travail. Je n'ai pas cherché à faire un gros volume, et j'ai pris le temps nécessaire pour faire court. Je connais des livres de sept à huit cents pages que je me ferais fort de réduire de moitié sans en ôter une phrase, une idée, une nuance ayant quelque valeur. Mais cette besogne est ardue, et l'auteur qui la fait, en écrivant, montre par là du courage, de la patience, l'amour d'élaguer les mots inutiles pour faire saillir les points principaux et les présenter clairement.

J'ai voulu, non pas conduire le lecteur à travers des citations nombreuses, des renvois et des textes, mais le faire assister à ma pratique personnelle, voir ce que je fais et comment je le fais. Je n'ai aucune prétention à faire comme personne ; j'ai recherché tous les enseignements et subi toutes les influences ; mais j'ai dû faire un choix, et, pour enseigner aux autres ce que je crois savoir, c'est une bonne méthode, à mon avis, de leur épargner ce travail de sélection et de les mener tout droit au but que j'ai atteint moi-même. Nul n'est forcé de me suivre avec docilité ; mais la voie que je propose aboutit à une connaissance plus intime que la lecture d'une compilation désintéressée.

Pour obtenir ce résultat, je donne un soin particulier à la narration des faits Jamais, depuis de longues années, je ne publie d'observations en petits caractères, ces notes écrites dans un sens banal, impersonnel, peu soucieux des problèmes qui se posent à l'esprit. Toutes les fois qu'une histoire clinique me paraît digne d'être développée, je la raconte chemin faisant et je place le lecteur en face de ma malade, l'obligeant à la suivre avec moi, à pénétrer les motifs et les conséquences de mes actes, et lui épargnant, d'autre part, les détails fastidieux, les températures prises matin et soir, tout l'encombrement des observations classiques. Cette manière de faire est plus utile et plus vivante ; mais elle demande une peine et des heures de travail dont ne peuvent se faire une idée ceux qui prennent des mains de leurs élèves ces notes vaguement rédigées, y ajoutent quelques virgules et les envoient telles quelles à l'imprimeur.

J'ai mis en vedette et rapporté *in extenso* tous les cas de mort. Chacun sait qu'ils contiennent les meilleurs enseignements ; et puis, je n'ai pas voulu être accusé de glisser rapidement sur des erreurs ou des fautes com-

mises. Je tenais, d'ailleurs, par une analyse très exacte, à faire la part du chirurgien, celle de la méthode employée, celle du hasard qui nous donne d'ingrates besognes et met en échec méthodes et chirurgiens, quoi qu'ils fassent. On pourra discuter mes interprétations ; mais je n'encourrai pas le ridicule de certains auteurs qui, sur un nombre considérable d'opérations, ne prennent pour eux qu'un insuccès, tout au plus, et attribuent les autres à l'influenza ou à la syphilis viscérale.

Les pages consacrées au cancer de l'utérus sont naturellement les plus courtes. Il s'agit de déterminer les cas où la tumeur, bien circonscrite, peut s'enlever tout entière et permet d'espérer un succès thérapeutique, c'est-à-dire une survie plus ou moins longue *sans récidive*. Je tiens beaucoup à cette formule, qui fait durer le bénéfice de l'opération jusqu'à la récidive exclusivement, et réduit à leur juste valeur les « moyennes de survie » constatées sur des moribondes. Je montre, en éloignant tous les faits douteux, que les promesses de l'ablation totale ne sont pas mensongères, puisque j'ai des malades non seulement vivantes, mais en parfait état, depuis trois, quatre, six et sept ans passés.

Les affections non cancéreuses soulèvent des problèmes autrement compliqués. L'exposé analytique des faits comprend les morts, les accidents opératoires, les guérisons, les suites éloignées. J'ai classé les maladies dans un ordre simple, sans me dissimuler ce que mes divisions peuvent avoir d'arbitraire ; mais j'ai craint d'être obscur et confus si je prenais pour guide sévère l'anatomie pathologique.

Après l'analyse vient la synthèse, après l'exposé des faits la discussion serrée, qui doit mettre en relief la valeur comparée de l'hystérectomie vaginale. Ici encore, j'ai été sobre de citations et de bibliographie, et j'ai dit simplement ce que j'avais à dire, non sans lutter franchement contre les opinions qui ne sont pas les miennes, mais sans passion et sans plaintes contre personne.

Dans plusieurs passages, et notamment dans les chapitres consacrés aux névralgies pelviennes, j'ai montré une tendance qui ne me semble pas en faveur dans la gynécologie actuelle. Les merveilles réalisées par le traitement local absorbent l'attention et compromettent le jugement ; l'esprit médical disparaît. Entre l'impuissance de nos pères, qui soignaient l'utérus avec leur imagination, et la simplicité de nos contemporains, qui n'y voient qu'une cavité malpropre à nettoyer, je pense qu'on doit tenir un juste milieu, et puiser les indications à la fois dans la connaissance des infections locales et dans celle des tempéraments morbides.

J'ai apporté, dans l'étude du manuel opératoire, le même esprit que dans les observations. Je conduis mon lecteur par la main, je lui signale tout ce qui peut arriver, tout ce qu'il doit faire ou prescrire à ses aides, je lui montre un à un les organes qui se présentent et les pièges qui lui sont tendus. Je m'efforce de lui donner, au lieu d'un schéma plus ou moins banal de l'opération divisée en temps successifs, un tableau fidèle et pratique, une description vivante.

Les observations résumées à la fin du livre constituent les documents authentiques, réunis par ordre chronologique, dont les plus importants sont développés au cours de l'ouvrage et désignés par des numéros d'ordre qui permettent de vérifier les dates. Le mot « guérison » placé dans le

titre de chacune d'elles indique le succès opératoire ; mais c'est dans l'observation elle-même qu'il faut chercher le résultat thérapeutique.

Ma statistique n'a subi aucun de ces artifices de groupements, de désignation que j'ai surpris quelquefois et sur lesquels j'aime mieux ne pas insister. Ses défauts, qui ne se cachent derrière aucun « truc », seront pardonnés, j'espère, à un chirurgien qui compte parmi les premiers défenseurs de l'hystérectomie vaginale, et qui s'est attaché depuis dix ans, non à la revendiquer comme son invention et sa chose, mais à l'étudier patiemment, à perfectionner son manuel opératoire, à la rendre utile et bienfaisante.

L.-Gustave RICHELOT.

Paris, 28 février 1894.

Les précardialgies

Une précardialgie est une douleur, accompagnée ou non d'angoisse, survenant dans la région précordiale (Huchard), et, chose remarquable, dans la grande majorité des cas, le malade qui vient se plaindre d'une précardialgie n'a pas de lésion cardiaque.

Dans quelles conditions se produisent donc les précordialgies ? On peut, à ce point de vue, les diviser en trois classes (Chevillot) : 1° douleur d'effort, provoquée par un effort ou un mouvement brusque ; 2° douleurs provoquées ou augmentant par la pression ; 3° douleurs spontanées.

La douleur d'effort est l'angine de poitrine. L'accès survient presque toujours sous l'influence d'un effort, d'une émotion, du travail de la digestion parfois ; la douleur s'accompagne d'angoisse et siège le plus souvent en arrière du sternum, à gauche, à l'union du 1/3 supérieur de cet os avec le 1/3 moyen. On en connaît les irradiations vers le bras gauche, le plexus cervical, les branches diverses du pneumogastrique, etc. En même temps, la face pâlit. En dehors de tout effort l'accès se montre parfois la nuit et il est alors très intense et dure plus longtemps. Toute angine de poitrine produite par un effort est une angine vraie (même s'il y a des crises spontanées pendant la nuit). Toute angine de poitrine se produisant spontanément est une pseudo-angine. Tels sont les deux principes posés par Huchard et que le clinicien ne devra jamais oublier.

Les douleurs spontanées, insensibles à la pression et pouvant survenir sans cause occasionnelle sont les précardialgies dites pseudo-angineuses ; elles se distinguent des accès de l'angine vraie par la spontanéité. De plus, il faut dire que, chez les nerveux, elles peuvent, parfois, être provoquées par la pression. La précardialgie pseudo-angineuse peut être d'origine toxique (tabac, thé, café, ergot de seigle, oxyde de carbone) ; — elle peut être d'origine réflexe, dépendre d'une névralgie dorsale ou dorso-intercostale ou phrénique, de névrômes ou de traumatismes du bras gauche, d'une névralgie des nerfs viscéraux (le plus souvent estomac, quelquefois foie). Les accès de précardialgie angineuse d'origine gastro-intestinale se distinguent de l'angine vraie : 1° en ce que les accès surviennent ordinairement pendant la digestion, sont moins longs et moins douloureux ; en ce que la douleur est une douleur de distension, précordiale et non sous-sternale, rarement irradiée ; en ce qu'elle s'observe à tout âge, surtout chez la femme, et que

les accès ne sont jamais provoqués par les efforts. Les signes de dilatation du cœur droit sont habituels. Dans les précardialgies pseudo-angineuses, d'origine névrosique, les accès sont toujous spontanés, souvent périodiques, nocturnes, sujets à répétition, se montrant fréquemment aux mêmes heures, associés à d'autres symptômes hystériques. Enfin, on peut avoir affaire à une pseudo-angine par véritable inflammation des nerfs cardiaques; dans ce cas (Huchard), il y a des points douloureux sur le trajet des phréniques, les douleurs sont de longue durée, il y a surtout des accidents asystoliques dans le cours des accès.

Parfois, les neurasthéniques ont à la région précordiale, en dehors de toute manifestation cardiaque ou névralgique, des douleurs qui rentrent dans les algies centrales de Huchard, dans les topoalgies de Blocq. Elles peuvent simuler l'angine, malgré l'absence de signes cardio-artériels et surtout les pseudo-angines nerveuses, malgré l'absence de symptômes hystériques. Ces douleurs résistent à tous les moyens de traitement, tandis que l'on peut agir sur celles de l'angor.

Enfin, la douleur de l'angoromie peut alterner avec les accès de précardialgie des hystériques, avec les algies centrales des neurasthéniques ; on conçoit que dans ce cas l'analyse clinique des symptômes doive être minutieuse pour permettre un diagnostic exact. Il se basera sur la spontanéité des accès d'origine nerveuse et sur leur répétition à heure fixe.

La douleur des ruptures myocardiaques rappelle celle de l'angine de poitrine, et il peut en être de même de celle des ruptures des valvules ou des piliers. Le diagnostic est presque toujours impossible et, du reste, la mort survient très rapidement.

La douleur précordiale est loin d'être constante dans la péricardite. Quand elle existe, c'est généralement une gêne douloureuse, une sensibilité sourde et profonde s'exagérant par les mouvements et la pression, surtout lorsque l'on presse de bas en haut sur le diaphragme. Quelquefois la douleur devient bien plus vive et enfin elle peut revêtir absolument les allures des accès d'angine de poitrine vraie. On sait que Peter admettait l'existence, dans ce dernier cas, d'une névrite cardiaque aiguë. Pour Huchard, la forme angineuse se verrait surtout dans les péricardites purulentes.

Les maladies du cœur ne sont pas douloureuses par elles-mêmes ; ce sont les complications : coronocite, péricardite, névrite du plexus cardiaque, etc., qui causent les douleurs. Jamais Huchard ni Chevillot n'ont rencontré dans la myocardite de douleur à la pression.

Dans la névralgie diaphragmatique, les douleurs sont spontanées et provoquées et les malades se plaignent surtout de la douleur diaphragmatique antérieure; il y a aussi des points apophysaires, un point cervical, des douleurs d'irradiation du côté du plexus cervical et du plexus brachial. La respiration est pénible à cause de la douleur causée par le hoquet, la mastication gênée et douloureuse, etc.

Pour Dieulafoy, la névralgie ou la névrite du phrénique peuvent s'associer à la névralgie et à la névrite du plexus cardiaque. Les précardialgies par névralgie des intercostaux, du mammaire, les points de côté de la phtisie, de la pneumonie, de la pleurésie se reconnaîtront facilement.

On voit que le nombre des précardialgies est considérable. Mais le praticien devra surtout s'attacher au diagnostic entre les pseudo-angines et

l'angine vraie. Cette dernière peut toujours être mortelle, même lorsqu'elle se montre dans ses formes les plus atténuées, tandis que les pseudo-angines sont très rarement graves. Une différence si grande dans le pronostic justifie les développements dans lesquels nous sommes entrés.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

La suture de l'uretère lésé dans le réservoir vésical n'est pas encore une opération tellement répandue qu'il ne soit pas intéressant d'en retracer une observation. A l'Académie de chirurgie de Philadelphie, tout dernièrement, M. Penrose en a relaté un cas en lui donnant la dénomination, créée par notre collègue Bazy, d'*urétéro-cystonéostomie*. Voici l'observation :

Il s'agit d'une femme de 40 ans, atteinte de cancer utérin ayant envahi le ligament large gauche, il n'y avait aucun signe de compression de l'uretère.

Penrose préfère, à l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie abdominale qu'il pratique dans tous les cas et avec succès. Il préconise d'ailleurs les larges interventions et ne craint pas d'intéresser les organes voisins : c'est ainsi qu'au cours de son hystérectomie abdominale, il ne craignit pas de réséquer sur une longueur de 2 centimètre et demi l'uretère qui était englobé dans le néoplasme.

M. Penrose, après avoir lié les deux bouts de l'uretère, acheva son opération, puis, revenant au conduit urinaire, il entreprit d'aboucher le bout supérieur dans la vessie. Pour cela il eut recours au procédé de Hook, qui consiste à passer les fils de suture à environ 1 centimètre au-dessus du plan de la section de l'uretère, de manière à obtenir une sorte d'invagination du canal de la vessie. Dans le cas de M. Penrose, il fallut, vu la perte de substance de l'urétère, faire l'abouchement du conduit à la partie la plus élevée de la vessie.

Les suites de l'opération furent fort heureuses ; il n'y eut aucun trouble vésical, aucune diminution de la quantité d'urine et la malade put quitter l'hôpital le vingtième jour complètement guérie. Aujourd'hui, six mois après l'hystérectomie, on constate les premiers symptômes de la récidive du cancer.

Relatons maintenant, d'après le *British medical journal*, du 24 février 1894, un cas curieux de *fistule entéro-vésicale traitée par la laparo-entérectomie*. C'est à M. Francis Heuston que nous devons cette observation.

Il s'agit d'un homme de 36 ans qui, en décembre 1890, présenta des troubles abdominaux et vésicaux survenus sans cause appréciable. Au commencement de 1891, la présence des matières fécales fut constatée dans l'urine. Quelque temps après, un examen complet fut pratiqué, à la suite duquel fut posé le diagnostic de fistule faisant communiquer le fond de la vessie avec le gros intestin au niveau de l'S iliaque, de plus, comme une injection passait facilement du rectum dans la vessie, mais ne pouvait de la vessie s'écouler dans le rectum, on supposa que l'orifice fistuleux était, en quelque sorte, valvulaire. Afin d'amener l'oblitération de la fistule, le repos horizontal, la diète, l'opium furent prescrits, mais en vain. Une sonde, introduite dans le réservoir urinaire, ne put être gardée à demeure.

L'opération fut alors décidée. Elle démontra l'existence d'un orifice vésical, de la dimension d'un pois, qui s'ouvrait dans l'intestin, au niveau de l'anse sigmoïde. La vessie fut libérée de quelques adhérences et son orifice fistuleux refermé. Quant à l'intestin, il était le siège d'un rétrécissement d'origine néoplasique, qui s'étendait sur une hauteur de 5 centimètres et avait déterminé l'apparition de phénomènes inflammatoires de voisinage. L'entérectomie fut pratiquée.

La mort survint le quatrième jour ; à l'autopsie, on ne trouva pas de péritonite ; les sutures vésicales et intestinales avaient parfaitement tenu.

De nombreux travaux ont paru depuis quelques années sur les *cystocèles herniaires* rencontrées dans l'opération de la *cure radicale*. Le 24 avril 1894, avait lieu, à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, une discussion sur ce sujet, discussion que nous allons relater avant d'analyser un cas plus récent publié dans *the Lancet.*

Ce sont MM. Michels et Parker qui ont ouvert la discussion en citant le cas d'un homme de 48 ans qui entra pour une double hernie inguinale. Du côté gauche, on fit la cure radicale très facilement. Du côté droit, l'opération fut plus compliquée, à cause des adhérences. Enfin on tomba sur quelque chose qu'on prit pour un sac vide et qu'on isola avec peine ; on le lia à son collet et on le réséqua ; on refoula le pédicule dans l'abdomen et on sutura l'anneau inguinal ; 24 heures après l'opération, le malade se plaignit de douleurs dans l'hypogastre et émit des urines sanglantes. On reconnut alors que ce qu'on avait pris pour un sac herniaire vide n'était qu'un diverticule extra-péritonéal de la vessie. On ouvrit l'abdomen, on fit une double rangée de sutures au niveau de la plaie vésicale. On introduisit pendant 6 jours une sonde dans l'urèthre. Le malade guérit. Cette pratique hardie donna un bon résultat ; mais n'était-il pas plus prudent de ne pas faire une seconde opération et d'attendre la formation d'une fistule ?

Les auteurs distinguent deux sortes de hernies vésicales. Dans la majorité des cas, il s'agit de la variété intra-péritonéale ; la vessie descend à travers l'anneau inguinal, repoussant le péritoine. La descente de la partie extra-péritonéale de la vessie est beaucoup plus rare ; on n'en a publié jusqu'ici que 5 cas ? disent ces chirurgiens. Dans les deux variétés, il est très difficile de savoir si on a affaire à la vessie, et presque toujours on blesse cet organe. Il faut alors faire la laparotomie et suturer la plaie vésicale. Cela n'empêche pas le pronostic d'être assez bon.

L'ouverture accidentelle de la vessie, pour M. Macréady, est en effet fréquente dans ce cas. Il a opéré ainsi une femme atteinte de cystocèle crurale droite étranglée et a blessé la vessie, mais il mit une sonde à demeure et l'opérée guérit. Toutes les fois qu'il s'agit d'un sac à collet très épais, il faut rechercher avec soin l'origine de ce sac dans l'abdomen.

M. Keetley croit la hernie vésicale beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit généralement, et, pour sa part, il a trouvé trois fois la vessie dans un sac herniaire. Dans la grande majorité des cas, il s'agit à la fois d'une cystocèle extra-péritonéale et d'une cystocèle intra-péritonéale. Enfin M. Godlee se demande si ces diverticules de la vessie se forment en même temps que la hernie ou sont antérieurs à sa formation.

Citons maintenant le fait annoncé tout à l'heure et paru dans *the Lancet* du 12 mai 1894. Il est dû à M. Lane, qui a relaté l'histoire d'un homme de 51 ans, entré à l'hôpital pour une volumineuse hernie inguinale gauche ; elle était en partie réductible, la masse qui restait irréductible paraissait être de l'épiploon adhérent. On opéra cette hernie : le sac herniaire était couvert de grosses masses graisseuses ; en dehors du sac il y avait un prolongement de la forme et du volume du pouce ; en comprimant ce cul-de-sac, on chassait du liquide dans l'abdomen ; on l'incisa, il en sortit de l'urine ; on sutura cette plaie vésicale et on rentra dans l'abdomen le cul-de-sac vésical. On réséqua le sac et ses tumeurs lipomateuses.

L'observation de M. Purcell parue dans le même journal (5 mai 1894) est à peu près semblable. C'est celle d'un homme de 56 ans, qui avait depuis 5 ans une hernie scrotale maintenue à l'aide d'un bandage. Il fut pris d'étranglement herniaire. On opéra le lendemain après des tentatives inutiles de réduction, on ouvrit le sac et on réduisit l'intestin ; il y avait en outre une masse qu'on prit pour de l'épiploon ; on l'incisa et il en

sortit de l'urine ; on sutura la plaie vésicale et on la draina. La plaie suppura et on dut défaire les sutures. Le malade guérit.

Enfin, terminons cette revue par l'analyse d'un cas de *perforation intestinale traitée par la résection*, rapporté par M. Cayley à la Société clinique de Londres. Le malade, un homme âgé 25 ans, fut pris de symptômes de perforation au vingt-quatrième jour d'une fièvre typhoïde. Les conditions parurent favorables à une intervention chirurgicale. Cinq heures et demie après le début des accidents, le malade étant dans le collapsus, M. Bland Sutton, assité du docteur Berkeley, ouvrit l'abdomen. En examinant une anse intestinale, on découvrit une perforation au centre d'une ulcération ovale dont les bords étaient apparents à travers les tuniques intestinales amincies.

On enleva l'ucère par une incision ovale, et on affronta les deux bords de la muqueuse au moyen d'une suture avec du fil de soie.

Les surfaces séreuses furent unies par des sutures suivant le procédé de Lembert, la cavité péritonéale lavée avec de l'eau chaude, la paroi abdominale suturée suivant la méthode ordinaire. On eut soin de maintenir la partie suturée derrière la blessure.

L'opération dura environ une heure. A sa fin le collapsus était très prononcé. La mort arriva le sixième jour.

Le malade n'eut point de douleurs et on n'observa pas de signes de péritonite. La partie suturée de l'intestin avait contracté des adhérences avec la paroi. La perforation était située à 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Dans une occasion semblable, l'auteur ajoute qu'il ne pratiquerait plus la résection de l'ulcère, mais se bornerait à laver la cavité péritonéale et à fixer l'intestin perforé à l'incision abdominale. Il persisterait ainsi une fistule qu'on pourrait fermer ultérieurement.

M. Battle a réuni dans la littérature médicale 20 cas d'interventions semblables, toutes suivies de mort. Il pense lui aussi qu'il vaut mieux suturer que d'affronter les bords de l'ulcère à la plaie abdominale.

Pour M. Goodall le meilleur traitement est toujours l'opium et la glace. Le traité de Murchison rapporte 17 cas guéris par ce traitement.

M. Sutton réplique que, s'il avait pratiqué un anus artificiel, il croit que le malade aurait pu guérir. Il est surpris d'entendre affirmer que des cas pareils au sien auraient pu guérir par le traitement médical seul ; en effet, le péritoine pelvien était souillé de matières fécales.

En cas de perforation l'anse intestinale intéressée descend ordinairement dans le bassin et on peut l'y trouver comme il arriva dans son cas.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1894. — Présidence de M. Rochard.

Le Président lève la séance en signe de deuil à l'occasion de la mort du Président de la République.

BIBLIOTHÈQUE

LA BLENNORRHAGIE ET SES COMPLICATIONS

D'après les dernières données scientifiques et de nombreuses recherches personnelles, par le Dr Ernest Finger, Docent à l'Université de Vienne, traduit avec autorisation de l'auteur, d'après la troisième édition allemande (1893), par le Dr Albert Hogge, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Liège. (Félix Alcan éditeur.) Paris 1894.

Chacun des chapitres composant cette importante monographie porte l'empreinte personnelle de son auteur ; celui qui a trait à l'anatomie pathologique mérite une mention spéciale ; le Dr Finger a considérablement élargi le cercle de nos connaissances relatives aux lésions de l'uréthrite chronique.

Etayé sur les données anatomo-pathologiques et bactériologiques actuellement acquises, le traitement des affections blennorrhagiques, tel qu'il est formulé dans ce livre, est éminemment rationnel ; l'auteur a établi la thérapeutique antiblennorrhagique sur une base vraiment scientifique.

La compétence de M. Finger en vénéréologie est d'ailleurs établie depuis longtemps par ses nombreuses recherches expérimentales, par ses travaux micrographiques et cliniques et par le succès de son enseignement ; sa polyclinique, à l'hôpital général de Vienne, lui a fourni en outre un abondant matériel d'études.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — A l'occasion du voyage de M. le Président de la République à Lyon, ont été promus et nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le professeur Ollier.

Au grade d'officier : M. le professeur Lortet, doyen de la Faculté de médecine,

Au grade de chevalier : M. le docteur Bron.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour une place de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'Antiquaille vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Coignet, interne des hôpitaux de Lyon.

Le concours pour une place de chef de clinique médicale (service du professeur Lépine) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Tournier.

Responsabilité du chirurgien pour les opérations pratiquées chez les enfants. — Un médecin en chef d'un hôpital de Hambourg était cité en justice par un père de famille pour avoir pratiqué, contre sa volonté, une opération chirurgicale sur le pied de son enfant en traitement à l'hôpital ; le père poursuivit le médecin pour blessures faites à l'aide d'un couteau.

Le tribunal acquitta le médecin et rejeta l'inculpation de blessures en se basant sur la déclaration du médecin, que l'opération était nécessaire pour la vie de l'enfant et que par conséquent le consentement du père de famille n'était pas indispensable. Le ministère public fit appel. La cour a infirmé le jugement et renvoyé les parties devant un autre tribunal. La cour a considéré qu'on n'a pas le droit de pratiquer une opération sur un enfant sans le consentement paternel.

— MM. Bourdin, Viallon et Alombert sont déclarés admissibles au concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés (région de Lyon).

L'Aliénation mentale en Angleterre. — D'après le rapport annuel présenté au Parlement britannique, le nombre des aliénés en Angleterre, au 1er janvier, était de 92,067,

en augmentation de 2,245 sur l'année dernière. L'augmentation est générale dans tout le pays ; mais elle est notable surtout à Londres, qui compte 800 aliénés de plus que l'année dernière.

— Des bouches d'incendie vont être établies à l'hôpital des Enfants malades, à Saint-Périne et à la Charité.

Le mouvement de la bibliothèque de la Faculté de Paris. — D'après le rapport de M. Brouardel au Conseil académique.

De 1892 à 1893, le nombre des lecteurs a été de 140,600 durant l'année scolaire et le nombre des volumes communiqués en séance de 300,000 ; celui des volumes prêtés à 1,070 emprunteurs de 1,325, et à des Facultés de province de 58. On a délivré 310 cartes d'entrée dans la salle réservée.

— Le degré de fécondité des deux sexes aux différents âges de la vie.

Joseph Korosi, membre de l'Académie des sciences de Hongrie, a fait sur ce sujet une intéressante communication basée sur les statistiques de Budapest.

Pour un homme de 39 ans, les chances de paternité sont, avec une femme de 20 ans, de 31 pour 100, et avec une femme de 30 ans, de 20 pour 100. Pour un mari de 40 ans, les chances, avec une femme de 35 ans, sont de 27 pour 100 ; avec une femme de 45 ans, seulement de 2-1/2 pour 100.

Pour chaque âge il existerait deux sortes de fécondité, la fécondité physiologique ou en puissance et la fécondité positive ou en action. La première résulte du libre exercice des fonctions sexuelles ; la seconde dépend du contrôle moral de ces fonctions dans un esprit de prévoyance.

Chez les nouveaux mariés, dit M. Korosi, le facteur physiologique est presque exclusivement en jeu. Mais après la naissance du premier enfant, le degré de fécondité physiologique baisse et sous l'influence du facteur moral tombe à un taux qui dépasse toute attente.

Ainsi, pour les mères de 30 à 35 ans, la réduction est de 78 pour 100 ; pour celles de 43 ans, le facteur moral supprime 98 pour 100 de la faculté physiologique.

Chez l'homme, cette influence est aussi très grande, beaucoup moins prononcée toutefois que chez la femme.

Ce qui veut dire que la femme redoute beaucoup plus d'avoir un enfant que l'homme.

(*Médecine moderne.*)

Société d'hydrologie médicale de Paris. — En vue d'associer à ses travaux les médecins qui n'exercent pas dans les stations hydrominérales ou sanitaires, la Société d'hydrologie médicale de Paris vient de créer une nouvelle classe de membres titulaires.

Ces nouveaux membres prendront le nom de titulaires honoraires.

Pour eux la cotisation annuelle est fixée à 10 francs, au lieu de 20 francs.

Ils jouissent des mêmes droits que les membres titulaires, et reçoivent les *Annales* publiées par la Société.

Leur admission a lieu dans les mêmes formes que celle des membres titulaires.

Ce que vaut la main au point de vue des compagnies d'assurances minières en Allemagne. — Voici un renseignement utile à connaître :

La perte des deux mains donne droit à la totalité de l'assurance, comme rendant impossible la faculté de gagner sa vie. La perte de la main droite est considérée comme diminuant cette aptitude de 70 ou 80 pour 100 ; celle de la main gauche, comme la diminuant de 60 à 70 pour 100. Le pouce vaut 20 ou 30 pour 100 des gains ; l'index droit vaut de 14 à 18, le gauche de 8 à 13,5 pour 100. Le médius vaut de 10 à 16, l'annulaire de 7 à 9, et le petit doigt de 9 à 12.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Bahuaud, professeur de thérapeutique et d'hygiène, est nommé, sur sa demande, professeur d'histologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Besnard du Temple, pharmacien de première classe, est maintenu pour une période de trois ans, à partir du 19 juin 1894, dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade de chevalier : M. Salaun, médecin de 2e cl. de la marine ; M. Bergeret, médecin de 2e cl. de la marine

Le prix de médecine navale a été décerné à M. le médecin de 1re cl. Alix, méd.-maj. du *Primauguet*, pour son travail sur la campagne de ce croiseur dans l'océan Indien.

Un témoignage officiel de satisfaction est décerné à MM. les médecins en chef de 2e cl. des col. Rangé (rapport médical sur le service de santé du corps expéditionnaire et du corps d'occupation du Bénin, 1892-1893) — le méd. de 1re cl. Barthélemy, à bord du *Hugon* (travail intitulé : *La Guerre au Dahomey, Histoire médicale du premier groupe de la colonne expéditionnaire, 1892*) — le méd. en chef de 2e cl. des colonies Primet (rapport sur l'épidémie de fièvre jaune au Soudan, 1891-1892) — le médecin principal de la marine Burot (rapport médical sur le *Trident*, 1893 (escadre de réserve), et travail sur le *Service des blessés sur les navires de combat*) — le médecin de 1re cl. de la marine Palasne de Champeaux, à bord du *Brennus*, à Lorient (travaux intitulés: (a) *Projet et fonctionnement du service de santé du corps de débarquement des escadres* (b) *Projet de fonctionnement du service de santé à bord des bâtiments de guerre pendant le combat*) — le médecin de 1re cl. de la marine Guézennec, à bord du *Richelieu* (travail sur l'*Organisation du serviee des blessés à bord des navires de guerre au moyen de hamac, en temps de paix et pendant le combat*) — le médecin de 1re cl. de la marine Long, à Toulon (rapport médical sur le *Redoutable*, 1893).

Le jury du concours d'admission à l'Ecole de service de santé de la marine à Bordeaux, en 1894, est ainsi composé : MM. le directeur Auffret, président ; le médecin principal Guyot, de Brest ; le pharmacien principal Perrimond-Trouchet, de Toulon.

Les membres suppléants seront respectivement, pour chacun des ports :

1° Pour la médecine : à Brest, M. le médecin principal Brémaud ; à Rochefort, M. médecin principal Palmade ; à Toulon, M. le médecin principal Fontan ;

2° Pour la pharmacie : à Brest, M. le pharmacien en chef Bavay ; à Rochefort, M. pharmacien principal Taillotte ; à Toulon, M. le pharmacien en chef Chalmé.

Ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Crozet, Ziégler, Viguier, Quinsou, Liffran, Bartet, Boudron, Baudry, Binard, Baret Erdinger, Massion, Frézouls, Camus, Ruelle, Castaing, Mesny, Abeille de La Colle, Roi, Taburet, Antoine, André, Delaporte, Lamort, Fénon, Mariot, Jacob et Daniel.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24

Sommaire

La castration pour hypertrophie de la prostate

Par le docteur W. White (de Philadelphie)

Monsieur,

Pourrais-je me permettre de vous demander d'insérer dans vos colonnes un exposé appelé peut-être à offrir quelque intérêt dans le monde chirurgical?

En décembre 1892, je priai un de mes aides, M. le docteur Kirby, de faire une série d'expériences sur des chiens dans le but de déterminer si, oui ou non, la castration était suivie d'une atrophie notable de la prostate. La pensée de cette possibilité me fut suggérée par la comparaison faite il y a longtemps par Velpeau, et plus tard par sir Henry Thompson, entre les fibromyomes prostratiques et utérins.

Des observations de contrôle pour constater le poids normal de la prostate chez les chiens, furent immédiatement commencées. La première castration fut opérée le 27 janvier 1893, et les autres suivirent à quelques jours d'intervalle. Les résultats, qui indiquèrent l'atrophie, d'abord des éléments glandulaires et ensuite des éléments musculaires, furent tellement décisifs, que j'écrivis dans un article que j'étais alors en train d'écrire, la possibilité que la castration pourrait être un remède thérapeutique précieux dans plusieurs cas d'hypertrophie de la prostate. Cette idée n'avait jamais, que je sache, été soumise à l'appréciation du public médical.

J'ai eu connaissance plus tard des observations faites par John Hunter et Owen, ainsi que des investigations faites par M. Griffiths sur les changements qui se produisent, pendant et en dehors de la saison de rut, dans la prostate de la taupe, du hérisson et d'autres animaux, et sur l'effet produit par la castration sur diverses espèces d'animaux. Les observations faites par Griffiths paraîtraient avoir été bornées aux animaux déjà châtrés pour d'autres motifs. Il n'est pas fait mention d'une série définitive d'expériences. Il avait cependant soutenu que les agrandissements de la glande ne devraient pas être classés avec les fibro-myomes utérins. Sa thèse, écrite dans le but de démontrer que la prostate est essentiellement un organe sexuel et non urineux (une question qui a été depuis longtemps en discussion), contient quelques exemples, puisés à différentes sources, d'atrophie de la prostate chez les eunuques. J'ai trouvé, en outre, une note par Harrison, disant que dans des cas d'impuissance du mâle, on a démontré que la prostate était atrophiée.

Il n'existe, dans la littérature chirurgicale, aucune mention de la possibilité d'appliquer ces faits au traitement des cas de prostate hypertrophiée, mais ils m'ont encouragé à soumettre la question à la discussion.

J'ai lu ma thèse à Buffalo (N.-Y.), le 11 juin 1893, devant l'Association chirurgicale américaine. On en a publié des extraits dans la plupart des journaux médicaux de ce pays. Elle a été publiée en entier dans les *Annals of Surgery* du 1er août, et un extrait en a paru le 9 septembre dans *the British*

Medical Journal, la partie qui parlait de la castration étant donnée *in extenso*. Depuis le mois de juin 1893 ont paru les communications suivantes, relativement à cette question.

Centralblatt für chirurgie (nº 35, 2 septembre 1893). — M. Ramm, de Christiania, constata deux cas où les opérations étaient suivies d'une amélioration marquée. Le même écrivain indique comme dates desdites opérations, les 3 et 25 avril 1893, et constate une guérison effective dans l'un et l'autre cas.

British Medical Journal (16 septembre 1893). — M. C. Mansell Moullin écrit que « la question de la castration comme moyen de procurer l'involution de la prostate hypertrophiée soulevée par M. le professeur J.-W. White dans son discours fait devant l'American Surgical Association, mérite plus qu'une attention passagère ». Il ajoute qu'il avait discuté cette question avec un de ses malades au mois de novembre 1892, et dit « que si un seul cas où une réduction définitive de l'hypertrophie pouvait être démontré aurait une valeur incalculable ».

Ibid. (23 septembre 1893). — M. Reginald Harrison écrit, « comme ayant rapport à la correspondance consécutive aux remarques faites par M. le docteur White au sujet de la castration pour empêcher l'hypertrophie de la prostate », que cette remarque lui avait été faite par un malade il y a plusieurs années et que, comme compromis, il s'était borné à séparer les vasa deferentia Il ignore le résultat de cette opération, mais il sait que le malade était vivant et en bonne santé six ou sept ans après. (Dans la discussion qui a suivi la lecture de ma thèse à Buffalo, M. le docteur Mears demanda si la séparation des vasa deferentia ne pourrait avoir le même résultat que la castration.)

Ibid. (23 septembre 1893). — M. Mac Mun émit l'opinion que l'histoire sexuelle passée et présente des malades atteints d'une hypertrophie de la prostate devrait être plus attentivement étudiée, ainsi que la condition de la glande chez les différentes races humaines, et les animaux inférieurs.

Ibid. (30 septembre 1893). — M. Moulin appela aussi l'attention sur l'importance d'obtenir des détails sur l'effet produit par la castration de la glande anormalement aggrandie chez les personnes âgées, car, dit-il, il faut maintenant accepter comme fait établi que non seulement pour les animaux, mais aussi pour l'homme, « la castration en bas âge empêche le développement complet de la prostrate, et chez les adultes amène l'atrophie de la glande normalement développée ».

Ibid. (30 septembre 1893). — M. Griffiths, prenant la parole à propos des cas cités par M. Ramm, ajoutait, sans faire allusion à ma thèse, que « cette méthode de traitement pourrait très facilement se présenter à l'esprit de toute personne ayant étudié la nature et le fonctionnement de la prostate dans ses rapports avec les fonctions sexuelles ».

Il ajoutait qu'il pourrait y avoir des cas où la castration serait un remède efficace, mais il continuait en appelant l'attention sur le manque de preuve que l'hypertrophie prostatique dépendait de l'excitation sexuelle.

Ibid. (12 mai 1894). — Le même écrivain appelait encore l'attention sur sa lettre du 30 septembre, en remettant une traduction des derniers rapports faits par M. Ramm sur les deux cas sus-mentionnés.

Ibid. (18 novembre 1893). — M. Arthur Powell décrit un cas qui pourrait

« avoir de l'intérêt par rapport à l'adresse récente du professeur White, dans lequel un malade souffrait de rétention d'urine causée par la prostate hypertrophiée, et ayant subi l'extirpation du testicule droit qui portait un nodule, ayant de plus un petit testicule gauche, devenait impuissant, mais obtenait le soulagement des symptômes urineux. L'examen rectal indiquait une diminution marquée de la largeur de la prostate.

Medical News Philadelphie (30 décembre 1893). — M. le docteur Francis L. Haynes, de Los Angeles, Californie, annonce sa première opération, qui fut suivie de deux autres.

Dans le *Buffalo Medical et Surgical Journal* (du mois de mars 1894), il décrit ses deux expériences dans les termes suivants : Opération White. Orchectomie pour hypertrophie de la prostrate. Poursuivant l'idée du professeur White, de Philadelphie, j'ai opéré à trois reprises la castration double, sur des vieillards atteints d'hypertrophie prostatique. L'opération a été faite, il y a 84 jours, dans un cas où les symptômes remontaient à deux ans. Le malade est actuellement guéri. Une deuxième intervention a été faite il y a 47 jours dans un cas désespéré, où le cathétérisme était nécessaire toutes les deux heures, compliqué d'une cystite aiguë, et de morphinisme survenu comme résultat des souffrances excessives. Grâce à des soins des plus dévoués, ce vieillard a éprouvé une amélioration merveilleuse. La cystite a disparu. Le tiers de l'urine passe spontanément, et il se sert du cathéter toutes les quatre ou cinq heures. Le morphinisme est guéri, et son état général est bon. Enfin, une troisième opération a été pratiquée. Il y a 14 jours, le cathétérisme était presque impossible à cause du développement anormal de la prostrate.

Dans un quatrième cas, la section du vas deferens n'a donné aucun résultat.

Pendant la semaine de Noël 1893, j'ai vu, en consultation avec M. le docteur Fremont-Smith, à Sainte-Augustine, Florida, un malade qui se trouvait dans un état apparemment désespéré, ayant une prostate hypertrophiée avec infection marquée, cystite, commencement d'urémie, etc. J'ai conseillé l'essai de la castration, car l'état du malade empêchait toute intervention directe sur la prostate. M. le docteur Fremont-Smith vient de signaler ce cas dans une thèse lue devant la section Genito-urineuse de l'Académie de médecine de New-York. 15 semaines après l'opération, le malade avait gagné 45 livres de poids, et ne pressentait pas de symptômes de cystite ou autre trouble urineux. Il urine, à l'heure qu'il est, librement et normalement.

Le 31 janvier 1894, j'ai fait une opération sur un confrère âgé de 69 ans, qui avait la prostrate très grosse, de la dimension de la moitié d'une orange, qui n'avait pas pissé sans sonde depuis des années, et dont les urines étaient chargées de mucosités, d'une odeur infecte, et chargées de sang à de courts intervalles.

En ce moment (14 semaines plus tard), bien qu'il n'ait pas encore uriné spontanément, un examen rectal démontre une réduction de l'hypertrophie de la prostrate, qui a aujourd'hui des dimensions à peu près normales. Le catheter qu'on introduisait précédemment jusqu'à une profondeur de 25 centimètres avant d'atteindre les urines n'entre maintenant que de 20 centimètres lorsque les urines commencent à couler. L'introduction en est facile et sans douleur, au lieu d'être difficile et douloureuse.

Le sang n'a pas paru dans les urines depuis deux mois. Les urines elles-mêmes sont d'un aspect tout à fait normal sous tous les rapports. Entre temps, j'ai proposé cette opération à trois autres malades, qui l'ont tous refusé à cause de ma franche déclaration que cette opération était encore dans la catégorie des expériences, et qu'il m'était impossible de donner une promesse ferme de soulagement.

L'idée semblerait s'être présentée vaguement à plusieurs personnes, mais il est certain que personne n'y avait donné de publicité, ni même formulé aucune opinion ferme sur ce sujet, avant la présentation de ma thèse.

Les cas signalés par Ramm, bien qu'ils n'aient été publiés que vers deux ou trois mois après la date de mon travail, paraîtraient lui donner la priorité en Europe, tandis que c'est Haynes qui avait sans doute fait la première opération de ce genre dans ce pays.

Tous ces points, autant que je sache, constituent le dossier de la question. Certes, cela semblerait indiquer la nécessité de faire des expériences plus considérables et plus variées; mais, à mon avis, l'importance qui a été attachée à cette idée justifie la présentation qui en est faite au public médical.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le Président lève la séance en signe de deuil, à l'occasion de la mort du Président de la République.

AVIS. — *Nous donnerons lundi le Feuilleton et le Formulaire d'hygiène que la présence de la TABLE ne nous a pas permis d'insérer dans ce numéro.*

COURRIER

Officiers de l'instruction publique. — MM. Morat, Teissier et Tripier, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon.

Officiers d'académie. — MM. Lascoux, médecin à Souillac; Chamdelux et Sabatier, agrégés libres de la Faculté de médecine de Lyon; Lannois et Roux, agrégés près la Faculté de médecine de Lyon; Reboul, ancien chef de travaux à la Faculté de médecine de Lyon.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. Beauvisage, agrégé d'histoire naturelle, et Didelot, agrégé de physique, sont maintenus en exercice pour une période de trois ans, du 1er novembre 1895 au 1er novembre 1898.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Guérin, agrégé de chimie, est maintenu en exercice pour une période de trois ans, du 1er novembre 1895 au 1er novembre 1898.

— M. le docteur Jacques est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Nicolas, appelé à d'autres fonctions.

École de médecine de Nantes. — M. Fillion est nommé préparateur d'anatomie pathologique et de bactériologie, en remplacement de M. Rabineau, dont le temps d'exercice est expiré.

Société médico-psychologique de Paris. — Le samedi 7 juillet prochain, à 4 heures précises, à l'hospice de la Salpêtrière, la Société médico-psychologique inaugurera solennellement les bustes des deux illustres aliénistes Baillarger et Jean-Pierre Falret.

Service de désinfection de Paris. — Ce service prend chaque année plus d'extension. De 652 désinfections pratiquées en 1890, le chiffre en 1893 s'est élevé à 35,000 environ. Les cinq premiers mois de 1894, donnent un chiffre de 18,745 opérations. A la fin de l'année le tota dépassera donc 40,000.

Naturellement les dépenses augmentent dans la même proportion. En 1893, le service de désinfection a dépensé 277,000 francs. En 1894, les crédits votés sont de 259,000 fr., mais seront forcément insuffisants.

Le Conseil municipal vient, dans ces conditions, de voter un supplément de crédits de 50,000 francs, destiné à la création de cinq équipes nouvelles d'étuvistes pour les six derniersmois de 1894.

Sur le rapport de M. Deschamps, il a voté aussi l'établissement d'une taxe qui permettra de recouvrer sur les particuliers une partie des frais faits par la ville de Paris pour les travaux de désinfection.

On a pris pour base d'appréciation le taux du loyer, en décidant que la désinfection resterait gratuite pour les loyers au-dessous de 800 francs. La taxe proportionnelle a été fixée comme il suit :

Pour un loyer de 800 à 999 francs de valeur mobilière, 5 francs ;
Pour un loyer de 1,000 à 1,999 francs de valeur mobilière, 10 francs ;
Pour un loyer de 2,000 à 2,999 francs de valeur mobilière, 15 francs ;
Pour un loyer de 3,000 à 3,999 francs de valeur mobilière, 20 francs ;
Pour un loyer de 4,000 à 4,999 francs de valeur mobilière, 30 francs ;
Pourun loyer de 5,000 à 5,999 francs de valeur mobilière, 40 francs;
Pour un loyer de 6,000 à 6,999 francs de valeur mobilière, 50 francs;
Pour un loyer de 7,000 à 7,999 francs de valeur mobilière, 60 francs ;
Pour un loyer de 8,000 à 8,999 francs de valeur mobilière, 80 francs;
Pour un loyer de 10,000 à 14,999 francs de valeur mobilière, 100 francs ;
Pour un loyer de 15,000 à 19,999 francs de valeur mobilière, 150 francs ;
Pour un loyer de 20,000 et au-dessus, 200 francs.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME LVI

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1893.

D

E

F

G

I

J

K

L

M

R

S

T

U

V

W

Y

Z

Le Gérant : L.-G. RICHELOT. Imp. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 4.